

**Das Krankheitsbild
des Dermatozoenwahns**

Gertrud Steinbauer

Digitized by the Internet Archive
in 2026

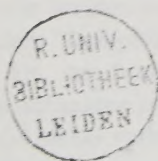
AUS DER NERVENKLINIK DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN
Direktor: Professor Dr. K. KOLLE

DAS KRANKHEITSBILD DES DERMATZOENWAHNS

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfasst und einer Hohen Medizinischen Fakultät der
Ludwig Maximilians Universität zu München

vorgelegt von
Gertrud Steinbauer

aus
Würzburg



München 1957

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Referent: Professor Dr. M. MIKOREY
Dekan: Professor Dr. W. BÜNGELER

Tag der mündlichen Prüfung: 3.9.1957

Es soll im Folgenden ein charakteristisches Krankheitsbild beschrieben werden, das zwar nicht häufig vorkommt, aber doch wieder nicht so selten ist, dass nicht wohl jeder Psychiater im Lauf der Jahre den einen oder anderen Fall zu Gesicht bekommen hat.

Die Patienten -zum überwiegenden Teil sind es Frauen jenseits von fünfzig Jahren -klagen über Jucken, Stiche, Beissen, Kribbeln, Rieseln und ähnliche Missempfindungen der Haut, die ihrer Meinung nach durch das -meist massenhafte- Auftreten von Ungeziefer auf, in oder unter der Haut verursacht werden.

Manchmal sind die Beschwerden über den ganzen Körper ausgebreitet, manchmal sind sie auf bestimmte Körpergegenden, in erster Linie den behaarten Kopf, in zweiter Linie auch das Gesicht, Arme und Hände, den Oberkörper oder die Genitalien, beschränkt.

Auch bei eingehender Untersuchung finden sich jedoch keine objektiven Anzeichen für das tatsächliche Vorliegen einer parasitären Hauterkrankung und meist auch keine sonstigen Hauterscheinungen ausser solchen, die sich die Patienten durch ihre Behandlungsversuche selbst zugefügt haben.

Denn meist haben die Patienten, ehe sie den Arzt aufsuchen, nicht nur mehrfach ihre Wohnung und Kleidung desinfizieren und sich selbst entlausen lassen, sondern auch zahlreiche und zeitraubende eigene Behandlungsmethoden und Bekämpfungsmassnahmen angewandt. Sie kämmen sich mehrfach täglich mit einem Staubkamm oder waschen sich und ihre Kleidung immer wieder, machen "Dampfbäder" und ähnliches; sie reiben sich ein mit Salben aller Art, mit Schmierseife, mit Petroleum, mit Spiritus, mit Benzin. Einzelne schneiden sich die Haare ab und rasieren die Kopfhaut. Eine Patientin GAMPERs verbrannte täglich ihre gesamte Kleidung und setzte so allmählich ihre ganzen Ersparnisse in Wäsche und Kleider um.

Die Art des "Ungeziefers" hängt sowohl von der Art der Beschwerden, als auch vom Bildungsgrad und eventuellen früheren Erfahrungen der Patienten ab. Es werden, je nachdem, Läuse, Flöhe, Wanzen, Milben verschiedener Art, Käfer oder Würmer angeschuldigt; einzelne Patienten bleiben auch bei allgemeinen Bezeichnungen wie "Tiere" oder "Viecher"

doch verstehen auch sie darunter Kleinlebewesen. Gelegentlich werden auch besondere Bezeichnungen wie "spanische Erbläuse" oder "ausländische Flöhe" dafür gewählt, womit die Patienten möglicherweise ausdrücken wollen, dass es sich dabei um etwas für sie selbst und die Allgemeinheit Neuartiges und Ungewöhnliches handle. Öfters bringen sie in die Sprechstunde Schächtelchen oder Glasröhrchen mit Hautschuppen oder -krusten, kleinen Wollfäserchen und dergleichen mit, in denen sie das Ungeziefer zu erkennen glauben. Sie pflegen sich jedoch von der Harmlosigkeit dieser Dinge nicht überzeugen zu lassen, auch dann nicht, wenn man ihnen diese mit Hilfe einer Lupe deutlich zu machen versucht, und sind auch sonst praktisch unkorrigierbar in ihrer Überzeugung, von Ungeziefer befallen zu sein.

In auffallendem Gegensatz dazu steht ihr gewöhnlich völlig unauffälliges sonstiges Verhalten; manche von ihnen sind voll berufstätig. Sie schildern ihre Beschwerden gewöhnlich sehr natürlich, lebhaft und anschaulich und haben, sofern es sich nicht um ausgesprochen Schwachsinnige handelt, auch durchaus mögliche und einleuchtende Erklärungen dafür, wie sie ihrer Meinung nach die Parasiten erworben haben, so dass sie nicht selten auch ihre Umgebung, wenigstens zunächst, zu überzeugen vermögen.

Die Einstellung der Patienten zu ihren Beschwerden scheint verschieden zu sein. Viele sind wirklich sehr gequält und suchen verzweifelt Hilfe beim Arzt; bei anderen hat man dagegen eher den Eindruck, dass sie nicht eigentlich darunter leiden, sondern dass ihr Interesse ausschliesslich von "ihren" Tieren und deren Bekämpfung beansprucht wird und auch das ihrer Mitmenschen dafür geweckt werden soll. Sie erinnern in ihrem Verhalten oft etwas an Querulanten.

Andere Wahnideen fehlen gewöhnlich, höchstens finden sich gelegentlich einmal Beziehungsideen in der Form, dass sich die Kranken wegen ihres Ungeziefers von ihren Mitmenschen gemieden fühlen. Auch andere Anzeichen einer Schizophrenie fehlen.

BLEULER hat in seiner Übersicht über die spätschizophrenen Krankheitsbilder darauf hingewiesen, dass der Dermatozoenwahn mit einer Schizophrenie nichts zu tun habe. Zwar kann auch im Rahmen einer Schizophrenie einmal ein Ungezieferwahn auftreten, aber dieser ist dann nur einer unter vielen Wahninhalten, und meist auch durch unsinnige und bizarre Ausgestaltung von dem geschilderten Krankheitsbild deutlich

verschieden. Wenn so auch einmal ein Dermatozoenwahn im Rahmen einer anderen charakteristischen Psychose auftreten kann, so ist doch nie die Entwicklung einer solchen aus einem typischen Dermatozoenwahn beobachtet worden.

Obwohl das Krankheitsbild schon seit über 60 Jahren bekannt ist, hat es bisher weder eine endgültige Einordnung in einen der grossen psychiatrischen Krankheitskreise, noch eine einheitliche Bezeichnung gefunden. Die Dermatologen pflegen von "Dermatozoophobie" zu sprechen, was jedoch sachlich unrichtig ist, da ja nicht die, als unsinnig erkannte, Befürchtung, sondern die unkorrigierbare, wahnhaftige Überzeugung, sich mit Ungeziefer infiziert zu haben, das Kennzeichnende der Erkrankung ist. Von psychiatrischer Seite werden teils Namen gewählt, in denen eine diagnostische Einordnung bereits enthalten ist, teils solche, die nur das Erscheinungsbild kennzeichnen. Unter den letzteren hat sich die von EKBOM 1938 geprägte Bezeichnung "Dermatozoenwahn" besonders durchgesetzt, die auch im Folgenden verwendet werden soll, da durch sie nicht von vornherein eine diagnostische Festlegung erfolgt.

Da die bisher beschriebenen Fälle unter den verschiedensten Bezeichnungen und Gesichtspunkten und an den verschiedensten Orten veröffentlicht wurden, dürfte ihre nun folgende Zusammenstellung wohl kaum lückenlos sein.

Vermutlich als erster berichtete 1894 der französische Dermatologe THIEBIERGE über einige Patienten, die glaubten, an Krätze zu leiden, ohne dass der objektive Befund Anhaltspunkte für derartige Beschwerden ergeben hätte. Er nennt diese Krankheit "Akarophobie", in Anlehnung an Bezeichnungen wie Syphiliphobie, Gonokokkophobie und unterscheidet zwischen "Nevrodermies parasitophobiques secondaires", d. h. Fällen, bei denen vorher eine parasitäre Hauterkrankung bestanden und sich nun die Angst vor einem Rezidiv entwickelt hat, und "Nevrodermies parasitophobiques primitives", bei denen die Überzeugung, von Ungeziefer befallen zu sein, unvermittelt und ohne vorheriges Bestehen einer Hautaffektion auftritt. Welche seiner Fälle nach der heutigen Auffassung echte Phobien sind, und bei welchen ein typischer Dermatozoenwahn vorliegt, lässt sich nicht entscheiden.

1896 beschrieb PERRIN drei Fälle von "Nevrodermies parasitophobiques primitives", bei denen einem eine Deбилität und psychogene Faktoren eine Rolle spielten, während der letzte eher ein schizophreones Gepräge

hatte.

Schizophrene Züge in Form einer bizarren Gestaltung der Wahnideen finden sich auch bei dem von RAECKE 1902 in einer Arbeit über die Hypochondrie berichteten Fall eines Patienten, der Krätze zu haben glaubte.

1921 berichtete GAMPER ausführlich über zwei Fälle, zu denen er 1931 nochmals Stellung nahm. Als Ursache der Erkrankung nahm er involutive Veränderungen des Zentralnervensystems an, die er im Thalamusbereich vermutete, einerseits wegen des aufdringlichen, peinlich quälenden Gefühlstones der Missempfindungen und andererseits wegen deren, bei seinen Fällen vorhandener, Ausdehnung über den Gesamtkörper, die als Charakteristika thalamischer Affektionen bekannt sind.

MYERSEN schildert 1921 zwei Fälle von "Akarophobie". Beim ersten spricht er von einer Psychose von paranoidem Charakter, beim zweiten von einer halluzinatorischen Verwirrtheit.

Auch ein Zoologe, WEIDNER, berichtete in einem "Beitrag zur Kasuistik des Ungezieferwahns" über fünf Patienten, die ihn dringend um Hilfe gegen das vermeintliche Ungeziefer gebeten hatten; bei einem seiner Fälle lag allerdings kein Dermatozoenwahn vor, sondern die Kranke bildete sich ein, dass Haus und Mobiliar vom Holzwurm gefressen werde, nachdem kurz vorhergeringfügige derartige Schäden behandelt worden waren. (Nach WEIDNER berichtete JÖRDENS 1809, dass 1799 R. WILLAN auf der Haut und in der Wäsche eines an der "Prurigene senile" leidenden Patienten in Mengen ein Insekt gefunden habe, das er "bei unterlassener genauerer Untersuchung", "Pulex prurigenes senilis" nannte, und das sehr klein und sehr schnell und dadurch nur mit Mühe zu entdecken sei. Der unregelmässigen, ungegliederten Zeichnung nach dürfte es sich um irgendwelche Schmutzpartikelchen gehandelt haben. Hier kam es also, statt beim Patienten, beim Untersucher auf Grund der Fehldeutung -die kein Wahn gewesen zu sein braucht-zur illusionären Verkennung). STRANDBERG erwähnt 1925 in einem Referat über Psyche und Hautkrankheiten einen Fall von Dermatozoenwahn.

GRØN veröffentlichte 1925 zwei Fälle, die er als psychogen bedingt beurteilte.

1928 veröffentlichte MACNAMARA fünf Fälle, unter denen auch zwei

Schwestern sind, bei denen es sich vermutlich um eine folie à deux gehandelt haben dürfte. Bei seinen Patienten beginnt die Krankheit immer zuerst mit gewöhnlichem Jucken, das dann wahnhaft verarbeitet wird. Er ist der Ansicht, dass es sich zuerst um haptische, dann um optische Halluzinationen handelt.

SCHWARZ brachte 1929 eine Schilderung von 5 Fällen, die er als "zirkumskripte Hypochondrien" deutete und zum manisch-depressiven Irresein rechnete. Die hypochondrischen Ideen erwachsen, oft aus den Bezirken von jeher die Psyche irritierender Komplexe, in einer initialen depressiven Phase aufgrund illusionärer Umdeutung von Hautempfindungen. Beim Umschlagen in die Hypomanie bleiben diese hypochondrischen Ideen isoliert bestehen, und die hypomanische Aktivität dient der Bekämpfung der vermeintlichen Parasiten.

ELLER beschrieb 1929 in einer Arbeit über psychogene Hauterkrankungen ganz kurz einen Fall von "Parasitophobie".

MALLET und MALE berichteten 1930 über einen Fall von "délire cénestésique". Sie sind der Meinung, dass es sich beim Fühlen der "Tiere" um echte Halluzinationen handelt und betonen das Fehlen anderer psychotischer Symptome. Sie stellten jedoch keine endgültige Diagnose, sondern waren der Ansicht, dass sich bei der Patientin später noch einmal eine charakteristische Psychose entwickeln werde.

Der Hygieniker WILHELM berichte 1935 über fünf Kranke mit "Ungezieferwahn" die ihn und seine Mitarbeiter mit der Bitte um Desinfektion ihrer Wohnung und Kleidung erheblich belästigten.

KLAUDER brachte 1936 ganz kurz einen Fall, der durch "an analytic discussion" geheilt worden war.

EKBOM veröffentlichte 1938 eine sehr eingehende Beschreibung des Krankheitsbildes mit einer Übersicht über einen Teil der Literatur und sieben eigenen Fällen. Er führte die Bezeichnung "(präseniler) Dermatozoenwahn" ein, die sich seither weitgehend eingebürgert hat. Seiner Meinung nach handelt es sich um die illusionäre Verknennung von organisch bedingten Missempfindungen; diese und ihre wahnhafte Deutung dürften eventuell derselben, organischen, Veränderung entspringen. Nach seiner Meinung handelt es sich um ein Syndrom, das sich nicht ohne Zwang in die allgemein übliche Einteilung der psychiatrischen Krankheiten einordnen lässt.

HARBAUER berichtete 1949 über vier Fälle, als deren Grundlage jeweils eine andere psychische Erkrankung vorlag. In zwei Fällen war dies eine senile Demenz, in zwei anderen Fällen eine endogene Depression. HARBAUER ist der Ansicht, dass es sich beim Dermatozoenwahn um ein Syndrom handelt, das überall dort auftreten kann, wo sich Hautsensationen mit einer chronisch oder episodisch veränderten Persönlichkeit verbinden. Er lehnt deshalb auch EKBOMs Zusatz "präsenil" ab, da dieser das Syndrom, das auch ausserhalb des Präseniums auftreten könne, zu sehr einenge.

BAUMER berichtete 1951 über gute Erfolge einer Elektroschockbehandlung bei drei Patienten, von denen nur einer einen typischen Dermatozoenwahn aufwies, während die anderen über Hautjucken "als ob Tiere liefen", klagten. Er hält den Pruritus für eine Halluzination.

1950 beschrieb v. HALLER im Rahmen einer Dissertation über induziertes Irresein eine Patientin, die seit ihrem 32. Lebensjahr an einem Dermatozoenwahn litt, mit dem sie ihre Schwester und, in geringerem Masse, auch Mann und Kind induzierte, die von ihr so lange regelrecht bearbeitet wurden, bis sie begannen, das Jucken und die Tiere auch wahrzunehmen, doch klagten sie nicht spontan. Einige Jahre nach dem Tode der Patientin an einer Pneumonie hatte sich der Mann völlig von den Wahnideen distanziert, die er als "so eine Einbildung" seiner Frau bezeichnete. Bei dieser, einer primitiven, aber geltungsbedürftigen Persönlichkeit, war das Krankheitsbild nach dem tatsächlichen Vorhandensein von Wanzen entstanden, von denen sie sich auch nach deren Beseitigung noch weiterhin belästigt fühlte. Später glaubte die Patientin jedoch, dass die Störenfriede Milben seien, von welchen Nachbarn ihr erzählt hatten, und bemerkenswerterweise änderten sich daraufhin prompt die Hautsensationen: anstelle des vorherigen Juckens spürte sie nun Stiche und das Herumlaufen unzähliger, winziger Tierchen. v. HALLER fasste den Fall als psychogen bedingt auf.

1952 veröffentlichte der Dermatologe FRIDERICH kurz fünf Fälle von "Parasitophobie", von denen zwei bemerkenswert sind. In einem Fall glaubte sich eine Patientin nach Verkehr mit einem Besatzungssoldaten "angesteckt" und vermeinte, eine Skabies zu haben, da eine solche in ihrer Umgebung aufgetreten war. Sie fürchtete, "nun mit keinem Mann mehr gehen zu können, solange sie die Krankheit habe." Psychogene Momente im Sinne einer Selbstbestrafung sind hier deutlich vorhanden,

doch lässt sich nicht entscheiden, ob diese aus einer neurotischen oder einer psychotischen Grundlage heraus wirkten.

Im anderen Falle handelte es sich um eine 50-jährige, bigotte, von jeher wenig kontaktfähige Patientin, die sich seit einer Vergewaltigung in der Jugend "beschmutzt" fühlte. Als sie nach dem Krieg bei Bauern hausierte, die sich dauernd kratzten, dachte sie, diese hätten wohl Madenwürmer, verspürte starken Ekel und fühlte daraufhin selbst "Kleinleben" in der Vagina und im Darm. Sie erklärte, sie habe Raupen abgehen sehen, diese oder anderes Ungeziefer hätten sich schliesslich über den ganzen Körper ausgebreitet, und es habe überall gejuckt. In der Tübinger Universitätsnervenklinik wurde die Diagnose: "Paraphrenie bei schizoider Persönlichkeit, hirnatrophischer Prozess" gestellt. Nach einer Elektroschock-Behandlung kam es zu einer teilweisen Distanzierung von den Wahnideen.

1952 schilderten der Hygieniker DÖHRING und der Psychiater BÖTTCHER das Krankheitsbild in der "Zeitschrift für Schädlingsbekämpfung" und berichteten über 4 Kranke. Beim ersten handelte es sich um eine 47-jährige, manisch-depressive Patientin in der zweiten Phase einer endogenen Depression, mit deren Abklingen auch der Dermatozoenwahn verschwand. Beim zweiten handelte es sich um eine 65-jährige Patientin, die seit fünf Jahren mit heissen Salzlösungen, Salmiakgeist und anderen zum Husten reizenden Dämpfen "Spanische Erbläue" bekämpfte, die ihr auch in die Körperöffnungen krochen, um die inneren Organe anzufressen, weshalb die Patientin Ohren und Nase mit Watte verstopfte. Sie war völlig unkorrigierbar. Eine Diagnose wurde nicht genannt, doch dürften der Erkrankung wohl regressive cerebralorganische Veränderungen zu Grunde gelegen haben. Beim dritten und vierten Fall handelte es sich um ein Ehepaar von 51 bzw. 46 Jahren, das einen mehrmonatigen Kampf gegen "fliegende Altweiberfäden" führte, für die der wegen einer Kriegsverletzung beschäftigungslose, sehr temperamentvolle und selbstherrliche Ehemann komplizierte Fangapparate konstruiert hatte. Beide meinten, unendlich viel zur Erforschung dieser neuen Parasiten beitragen zu können, waren "enttäuscht von dem Versagen der Wissenschaft" und gaben nach acht Monaten ihre anfangs unkorrigierbaren Wahnideen von selbst wieder auf. Die Möglichkeit einer psychogenen Entstehung des Krankheitsbildes bei dem Ehemann, der seine etwas gehemmte, von ihm über-spielte, aber zum zur Schau tragen ihres Leidens neigende Ehefrau induzierte, liegt hier nahe.

Später veröffentlichte DÖHRING nochmals eine Übersicht im Berliner

Gesundheitsblatt. Danach waren durch Umfrage bei den Berliner Schäl-
lingsbekämpfern in einem Jahr mehr als dreissig Kranke mit Dermato-
zoenwahn festgestellt worden.

WILSON hatte schon 1946 zusammen mit MILLER über sechs eigene Fälle
von "delusion of parasitosis" und 45 Fälle aus der Literatur berichtet.
Damals glaubte er, sie in vier Kategorien unterbringen zu können:
1. Toxische Psychosen, 2. paranoide Form der Schizophrenie, 3. involu-
tutive Melancholie, 4. "Paranoia", die allerdings paranoide Bilder bei
Lues, Alkoholismus, Arteriosklerose und senilen Erkrankungen umfasst.

1952 hatte er weitere sechzehn Patienten selbst beobachtet und von acht-
zehn weiteren berichtet bekommen. Darunter befinden sich aber auch
zwei Fälle einer echten Dermatozoophobie, bei denen nur die ständige
Befürchtung einer Ansteckung mit Milben bestand. Bei zwei Patienten
trat ein Dermatozoenwahn auf, nachdem fremde Familien ins Haus ein-
quartiert worden waren und verschwanden prompt, nachdem deren Aus-
quartierung erreicht war. Falls in diesen Fällen nicht bewußte Simula-
tion vorlag, dürfte eine psychogene Entstehung sicher sein. Des weiteren
berichtete WILSON über zwei Ehepaare, bei denen jeweils der kranke
auch den gesunden Ehepartner induziert hatte.

1953 beschrieb H.E. KEHRER in einer Arbeit über die "Anatomie" hypo-
chondrischer Zustände auch einen Fall von Dermatozoenwahn, bei dem
-wie bei den übrigen, von ihm geschilderten, Fällen von Hypochondrie-
ein hirnatrophischer Prozess vorlag. KEHRER hebt die Ähnlichkeit der den
verschiedenen hypochondrischen Beschwerden zu Grunde liegenden Sen-
sationen hervor und hält sowohl diese, als auch ihre hypochondrische Ver-
arbeitung für bedingt durch den hirnatrophischen Prozess.

1954 veröffentlichte J. TUCHEL einen Fall von Dermatozoenwahn, des-
sen psychische Symptomatik sich auf Grund einer seit Jahren progredien-
ten und erheblichen Altersschwerhörigkeit entwickelte und der auf eine
mit der Patientin befreundete und in enger Wohngemeinschaft lebende
zweite, primitiv strukturierte und leicht suggestible Persönlichkeit über-
ging. J. TUCHEL schliesst sich der Deutung HARBAUERS an, dass der
Dermatozoenwahn überall dort auftreten könne, "wo sich Hautsensatio-
nen mit einer chronisch oder episodisch veränderten Persönlichkeit ver-
binden". Die Prognose sei vom Grundleiden abhängig, und dementspre-
chend sei der Verlauf bei regressiven cerebralen Veränderungen im höhe-
ren Lebensalter meist ein chronischer und abschlussunfähiger.

1954 brachten BERS und CONRAD eine zusammenfassende Darstellung, der vier eigene und 45 in der Literatur bis 1951 angegebene Fälle zu Grunde liegen. Sie sind der Meinung, daß es sich bei dem Krankheitsbild nicht um eine nosologische Einheit, sondern um ein Syndrom handelt, das seinen Platz in der Nähe der sogenannten chronischen Halluzinosen, wie sie vor allem im akustischen Sinnesfeld wohlbekannt sind, haben dürfte. Für dieses Syndrom, das sie in die Reihe der exogenen Reaktionsformen BONHOEFFERs einordnen, schlagen sie als Bezeichnung "chronische taktile Halluzinose" vor, da die Bezeichnung einer Psychose nach dem Inhalt der psychotischen Erlebnisse der heutigen deutschen psychiatrischen Terminologie nicht mehr entspreche.

Es soll nun über sechs eigene Fälle berichtet werden, von denen fünf innerhalb von 1 1/2 Jahren, der sechste zu einem späteren Zeitpunkt beobachtet werden konnte.

Fall 1: Th. Barbara, geb. 1893

Familienanamnese: Der Vater verstarb mit 75 Jahren an Lungen- und Kehlkopftuberkulose, die Mutter mit 67 Jahren an Herzlähmung. Drei Brüder starben als Kinder, ein weiterer Bruder lebt und ist gesund. Eine Schwester der Mutter hatte mit Mitte 30 "mit den Nerven zu tun" und "wirr geredet", dies sei aber wieder völlig vorübergegangen. Ein Bruder der Mutter log viel, ein Stiefbruder der Mutter (gemeinsame Mutter) war Trinker und beging Selbstmord. Die Grossmutter mütterlicherseits litt nach einer Gelbsucht noch jahrzehntelang an Hautjucken.

Eigene Anamnese: Die Patientin hatte als Kind "Friesel" und "Fraisen" und war später "blutarm". 1943 hatte sie eine schwere Grippe. 1946, nach der Ausweisung, und nochmals zwei Jahre später, kam es zur Ver-
eiterung geringfügiger Fussverletzungen, die jeweils eine zwei- bis dreiwöchige Krankenhausbehandlung nötig machte. 1946, während der Flucht, hatte sie vorübergehend Krätze. Schon früher habe sie häufig an "Durchblutungsstörungen" gelitten: die Finger seien weiss geworden, im Kopf sei es leer gewesen und habe so gedreht. Nach der Ausweisung 1946 hätten sich diese Beschwerden verstärkt, sie habe überall Schmerzen gehabt und sei steif gewesen. Sie habe vier Flaschen Baldrian bekommen, daraufhin hätten sich diese Beschwerden gebessert. Auch Stiche in der Herzgegend verspüre sie etwa seit Kriegsende, es sei eine Herzneurose, habe man ihr gesagt.

Die Patientin ist seit ihrem 46. Lebensjahr in der Menopause; damals habe sie vorübergehend Hitzewallungen verspürt.

Sie wurde als Kind eines Kleinbauern im Sudetenland geboren. Sie entwickelte sich normal, besuchte acht Jahre die Volksschule, wo sie eine gute Schülerin gewesen sein will, und half danach, bis zum Tode der Eltern, 1938, in der elterlichen Landwirtschaft. Dann arbeitete sie als Hausgehilfin in einem Sanatorium in Franzensbad. 1946 wurde sie ausgewiesen. Durch ihre Erkrankung während des Transports und die anschließende Krankenhausbehandlung wurde sie von ihren Bekannten getrennt und kam allein in ein oberbayerisches Dorf. Dort wohnt sie nun schon beim vierten Bauern. Sie habe nie ein heizbares Zimmer gehabt und erhalte für ihre Arbeit in Haus- und Landwirtschaft nur das Essen, aber keine Bezahlung, und sei daher auf die Fürsorge angewiesen.

Besonders seit etwa drei Jahren fühle sie sich traurig, freudlos, "so phlegmatisch". Damals sei sie zu dem Bauern gekommen, bei dem sie auch jetzt noch wohne. Dieser leide stark an Ekzem, und mehr noch das kleine Kind, das sie damals besonders habe betreuen müssen, da es nach der Einrenkung einer Hüftverrenkung lang in Gips habe liegen müssen. Auch bei Tisch habe sie neben ihm gesessen. Eine Nachbarin habe ihr gesagt, dass sie aufpassen solle, da ein Ekzem durch Würmer verursacht werde und ansteckend sei. Nach einigen Monaten sei tatsächlich auch bei ihr, und zwar an dem Arm, mit dem sie dem Kind zunächst sass, ein Ekzem aufgetreten, das schliesslich auch das Gesicht, die Kniekehlen und Füße und immer weitere Körperpartien ergriffen habe. Sie habe gefühlt, wie die Würmer auf der Haut herumhupften, es habe gejuckt, gebrannt und gefressen. Sie habe von der Haut, aber auch von den Strümpfen und Kleidern kleine "Kügelchen" wegzupfen können, darin seien vermutlich die Würmer gesessen. Sie habe auch oft mit Brot gerieben, da seien die Würmer herausgekommen, es habe lauter so kleine "Kügelchen" gegeben. Auch auf der Mundschleimhaut sei dies der Fall gewesen, so dass sie immer Angst gehabt habe, die Würmer zu verschlucken. Tatsächlich sei es ihr auch vom Magen oft so heiss und brennend hochgestiegen. Man habe ihr jetzt gesagt, dass dies Sodbrennen sei, sie habe aber geglaubt gehabt, dass die Würmer nun auch im Magen seien und sie auch von innen her anfrässen. Um nicht so angefressen zu werden und solche Wunden zu bekommen wie das Kind, habe sie sich immer und immer wieder gewaschen, wohl zehnmal am Tage. Sie habe gedacht, sie könne die Würmer so herunterwaschen und habe das

Wasser immer in den Bach geschüttet, damit die Würmer auch wirklich weg seien; oft sei sie auch gleich zum Waschen in den Bach gegangen. Ergebnislos sei sie mehrfach beim Flüchtlingsobmann gewesen, um ein neues Zimmer zu erhalten. Denn auch andernorts seien bei dem Bauern Würmer gewesen: im Griess, im Holz des Butterfasses, vor allem aber in den Holzbänken, auf denen man immer sass. Sie habe einmal helfen müssen, eine solche wegzutragen, die durch Wurmfrass völlig zerstört und unbrauchbar gewesen sei. Sie habe das Gefühl gehabt, dass es auch um sie so stehe, dass sie von Würmern zerfressen und dem Tode verfallen sei. Sie habe auch immer so ein Beklemmungsgefühl gehabt und "viel Luft gebraucht für das Herz", deshalb habe sie immer alle Türen und Fenster aufreissen müssen, vor allem, wenn die anderen Mitbewohner nicht zu Hause waren, weil diese es nicht gern gesehen hätten.

Vor kurzem sei sie dann in die Dermatologische Klinik in München eingewiesen worden. Dort habe man ihr klargemacht, dass ein Ekzem weder ansteckend, noch durch Würmer verursacht sei, was sie nun auch glaube, da es durch die dortige Behandlung (Tumenol und Zinkschüttelmixtur) bis auf geringe Reste zum Verschwinden gebracht worden sei. Sie fühle sich in München, in den sauberen, gut geheizten Kliniken, wo sie unter den Mitpatienten auch Landsleute getroffen habe, recht wohl und sei weniger traurig als zu Hause, ausser, wenn sie an ihre Rückkehr dorthin denke.

An sonstigen Beschwerden gab die Patientin Sodbrennen an, Stiche in der Herzgegend, Schwindel und Unsicherheitsgefühl und ständiges Kopfweg, das sie vor allem um die Augen herum lokalisierte.

Befund:

58-jährige Frau von unbestimmtem Körperbautypus in mässigem Allgemeinzustand, am ganzen Körper mit Zinkschüttelmixtur bedeckt, in den Kniekehlen noch geringe Reste eines in Abheilung begriffenen Ekzems. Körperlich kein krankhafter Befund, Blutdruck RR 125/85, normale Laborbefunde. Neurologisch ausser nur angedeuteten Anisokorie und Reflexdifferenz zugunsten von rechts ebenfalls kein wesentlicher Befund. Psychisch: Die Patientin war von stillem, gedrücktem Wesen, nicht eigentlich traurig, sondern mehr müde, apathisch, jedoch ohne deutliche psychomotorische Hemmung. Sie war etwas scheu und verlegen, aber freundlich und dankbar. Es tat ihr sichtlich wohl, sich einmal aussprechen zu dürfen und für ihre Lage Verständnis zu finden. Sie war sehr

gewissenhaft, höflich, bemüht um möglichst genaue Angaben und schilderte ihre Beschwerden klar und anschaulich. Neben einer auch subjektiv empfundenen Herabsetzung der Merkfähigkeit fanden sich bei ihr eine deutliche Erschwerung der Auffassung, eine gewisse Umständlichkeit und Unwendigkeit des Denkens, das an bestimmten Inhalten hängen blieb, und eine leichte Urteilsschwäche, sodass an einer beginnenden (prä-) senilen Demenz nicht zu zweifeln war.

Obwohl die Patientin erklärte, nun zu glauben, dass sie nicht von Würmern befallen sei, traf man sie doch immer wieder an, wie sie etwas verlegen und zweifelnd Stäubchen und Wollfasern betrachtete, die sie auf ihrer dunklen Kleidung entdeckt hatte. Sie liess sich allerdings immer wieder davon überzeugen, dass es sich nicht doch um Würmer handle. Es dürfte sich bei diesem Verhalten wohl weniger um den Versuch gehandelt haben, voll weiterbestehende Wahnideen zu dissimulieren, als darum, dass sie diese, die fast drei Jahre lang ihr gesamtes Denken und Handeln ausgefüllt hatten, und die ihrem depressiven Affekt entsprachen, nicht auf einmal völlig abbauen konnte, umsomehr, als die beginnende Demenz zu einer deutlichen Haftneigung und mangelnden Umstellungsfähigkeit geführt hatte.

Zusammenfassung:

Bei der Patientin findet sich in der mütterlichen Verwandtschaft eine Häufung von abnormen, z.T. psychotischen, Persönlichkeiten, unter denen vor allem die Grossmutter von Interesse ist, die nach Abheilung eines Ikterus noch jahrzehntelang das Hautjucken beibehielt, wobei es sich wohl um eine psychogene Fixierung gehandelt haben dürfte. Bei der Patientin selbst fällt eine ausgesprochene Neigung zu psychogenen Erkrankungen auf: funktionelle Kreislaufstörungen steigern sich durch die Sorgen der Kriegs- und Nachkriegszeit zur "Herzneurose" und durch das Erlebnis der Ausweisung zu Schmerzen und Steifheit überall im Körper, die sich allerdings durch Beruhigungsmittel und mit der Zeit wieder bessern. Danach, allein, in einer ihr fremden und zum Teil wohl auch feindseligen Umgebung und in kümmerlichen Verhältnissen lebend, gerät sie durch ihr Heimweh, durch die Sehnsucht nach häuslicher Behaglichkeit und Geborgenheit und nach vertrauten Bekannten, die für sie Verständnis haben, immer mehr in eine reaktive Depression, die durch ihr Wissen um die Aussichtslosigkeit ihrer Lage noch verstärkt wird und die sie besonders aufnahmebereit macht für unangenehme Eindrücke.

In dieser seelischen Verfassung wird sie bei einem Bauern einquartiert, der selbst, und mehr noch sein Kind, an einem ausgeprägten Ekzem leidet. Und gerade um dieses Kind mit der ihr Ekel einflössenden Erkrankung muss sie sich ständig kümmern, in seiner Nachbarschaft muss sie ihre Mahlzeiten einnehmen, und ihr Ekel wächst noch, als sie von einer Nachbarin gewarnt wird, dass so eine Hauterkrankung ansteckend und durch Würmer verursacht sei. Die Erinnerung an die durchgemachte Krätze und die beiden nur wenige Jahre bzw. gerade erst zurückliegenden vereiterten Hautverletzungen mögen ihre Angst vor Beschmutzung und Infektion noch verstärkt haben. Nach wochen- bis monatelanger Dauer dieses Zustandes von Ansteckungsfurcht und dauernder Suggestion durch den Anblick der beiden Kranken tritt bei ihr (ob sofort oder erst nach längerer Dauer entsprechender Hautsensationen ist nicht zu erfahren) auch ein Ekzem auf, und zwar zuerst an dem dem Kind zugewandten und damit ihrer Meinung nach am meisten ansteckungsgefährdeten Körperteil, von wo aus es sich bald auf den übrigen Körper ausbreitet. Es brennt und juckt, und ein Teil dieser Empfindungen wird illusionär verkannt als Bewegung der "Würmer", die sie nun, nach sichtlich erfolgter Ansteckung, ja mit Gewissheit auf ihrem Körper vermutet. Verzweifelt versucht sie immer wieder, die Würmer herunterzuwaschen, um nicht durch sie auch solche Wunden zu bekommen, wie das Kind, das sie ständig vor Augen hat. Doch ihr Kampf scheint aussichtslos und hoffnungslos, die Würmer, das Symbol des Grabes und des Verfalls, fressen sie auch von innen her auf. Sie ist verloren und dem Tode verfallen, wie die morsche und zerfressene alte Sitzbank, die schliesslich weggeworfen wird.

Nicht nur die depressive Gemütsverfassung und ihre durch Veranlagung bedingte und die beginnende Demenz noch verstärkte Neigung, der ständigen Suggestion durch den Anblick der beiden Kranken zu erliegen, haben zur Gestaltung des Krankheitsbildes beigetragen. KAPOSI ebenso wie MIKOREY beobachteten, wie weiter unten noch genauer ausgeführt werden soll, wiederholt das Auftreten eines Pruritus oder sogar ekzematöser Hauterscheinungen dort, wo ein Patient, vorübergehend oder chronisch, in einem Milieu festgehalten wurde, das ihm unerträglich war und aus dem er wegdrängte; erfolgte schliesslich doch die Loslösung, klangen die Hauterscheinungen rasch ab.

Auch unsere Patientin war festgehalten in einer unerfreulichen, ja unerträglichen Umgebung, die zu wechseln sie weder die Macht noch die

Kraft hatte. Ihr dauerndes Waschen im fliessenden Bach, das Aufreissen von Fenstern und Türen um frische Luft und Durchzug zu schaffen, scheinen so ein Symbol ihres Wegdrängens, ein untauglicher Versuch, ihrer Umgebung zu entfliehen.

Als sie von zu Haus weg in die sauberen und warmen Kliniken kommt, in denen sie sich wohlfühlt und bei Landsleuten und Ärzten Verständnis findet, gehen die äusseren Krankheitserscheinungen, unterstützt durch lokale Therapie, rasch zurück (nachdem sie zu Hause jeder Heilung getrotzt hatten).

Obwohl sie verstandesmässig die Harmlosigkeit der Erkrankung und die Unsinnigkeit ihrer Befürchtungen immer wieder einsieht, erfolgt doch keine sofortige und anhaltende völlige Distanzierung von den Wahnideen, die zu tief in ihrem Denken verankert und mit ihrem depressiven Affekt verbunden sind, und deren Haften durch den beginnenden geistigen Abbau begünstigt wird.

Fall 2: W. Euphrosyne, geb. 1903

Familienanamnese: Der Vater war herzleidend und starb mit 40 Jahren an angeblicher "Arterienverkalkung", die Mutter starb mit 72 Jahren an Wassersucht. Zwei gesunde Geschwister. Ein Sohn starb mit 20 Jahren an einer Perforationsperitonitis, eine gesunde Tochter. Von Geisteskrankheiten, Nervenleiden, abnormen Persönlichkeiten sei in der Familie nichts bekannt.

Eigene Anamnese: Als Kind Rachitis, Masern, Diphtherie, Keuchhusten, Scharlach (seitdem schwerhörig), Lungenspitzenkatarrh. Später öfters Bronchitis und schwere Grippe. Seit drei Jahren Schuppenflechte, an den Unterschenkeln, Ellbogen und im Nacken, die aber zur Zeit keine Beschwerden mehr mache. Sie habe im Laufe ihres Lebens schon fünf bis sechs mal Läuse gehabt, das erstemal in der Schule.

Menarche mit siebzehn Jahren. Die Periode ist seit einigen Monaten unregelmässig, seit einem Vierteljahr hat sie überhaupt ausgesetzt. Keine Hitzewallungen.

Die Patientin wurde als ältestes Kind eines gelernten Bäckers geboren, der aber als Schlosser bei der Strassenbahn arbeitete. - Ihr Bruder ist als Friseur selbständig tätig, ihre Schwester mit einem Oberinspektor ver-

heiratet. Die Patientin selbst besuchte acht Jahre die Volksschule mit mittelmässigem Erfolg, jedoch ohne sitzenzubleiben, und machte danach eine Lehre als Verkäuferin. Sie war nach Abschluss der Lehrzeit jedoch nur zwei Jahre in diesem Beruf tätig, dann gab sie ihn, angeblich wegen der Ungunst der Zeitverhältnisse, auf und arbeitet als Hilfsarbeiterin. Sie hatte zwei Kinder von verschiedenen Männern, der Sohn starb vor einem Jahr als Zwanzigjähriger, die neunjährige Tochter ist in einer Pflegestelle auf dem Land untergebracht.

Sie sei immer gesellig gewesen und habe gerne viel Leute um sich gehabt. Seit sie jedoch mit dem Vater des zweiten Kindes "auseinander sei", habe sie keinen Menschen mehr, mit dem sie sich aussprechen könne. Sie habe sich von den anderen Menschen zurückgezogen und das Gefühl, dass auch diese ihr aus dem Wege gingen. Mit den Untermietern -sie hat eine eigene Wohnung- gäbe es viel Streit. Seit eindreiviertel Jahren sei sie auch noch arbeitslos. Sie sei "schon die ganze Zeit traurig", besonders seitdem vor einem Jahr ihr Sohn verstorben sei, an dem sie sehr gehangen habe.

Seit November des vergangenen Jahres -vor etwa einem Vierteljahr- habe sie "Kopfläuse, Kleiderläuse und Filzläuse". Sie habe sich dreimal den Kopf, einmal den Körper entlausen lassen, dann habe man ihr bei der Entlausung gesagt, es könne sich vielleicht um Kleiderläuse handeln. Daraufhin habe sie ihre Wohnung und nochmals sich selbst entlausen lassen und sich schliesslich, nachdem dies nichts geholfen habe, selbst behandelt: dreimal mit Cuprex, einmal mit Petroleum, einmal mit DDT, die behaarten Körpergegenden habe sie mit grauer Salbe eingerieben. All diese Behandlungsversuche hätten jedoch nichts genützt und sie noch dazu in Schulden gestürzt; mit den "Läusen" sei es dagegen immer schlimmer geworden.

Sie fühle diese krabbeln und beißen. Zunächst seien sie auf dem behaarten Kopf gewesen, in den Augenbrauen und in den Schamhaaren. Seit drei bis vier Wochen fielen ihr jedoch die Läuse vorn über das Gesicht, sie fühle wie sie herunterrieselten und ihr beim Lesen auf die Zeitung fielen. Sie krabbelten ihr in Nase und Ohren, sie habe Angst, sie könnten ihr von dort aus das Gehirn anfressen und sie "narrisch machen", deshalb trage sie stets Watte in den Ohren. Sie habe auch Angst, sie könnten ihr in die Augen krabbeln. Manchmal fühle sie die Läuse auch auf den Armen, besonders den Handflächen. Nachts könne sie kaum schla-

fen und wache meist schon vor Mitternacht wieder auf. Das Krabbeln der Läuse, das nachts besonders stark sei, verhindere sie am Einschlafen, und sie käme auch ins Sinnieren. Sie habe stets Kopfwahl, so ein "dickes Gefühl" in der Mitte der Stirn, das sich bis in den Hinterkopf ziehe, auch ein leichtes Schwindelgefühl sei dabei. Sie sei oft sehr müde und elend gewesen, zur Zeit gehe es ihr aber eher besser. Wegen der Läuse sei sie schliesslich in die Hautklinik gegangen und habe eine Schachtel voll eingefangener Läuse mitgebracht. (Nach Mitteilung der Hautklinik handelte es sich um Kopfschuppen.) Da auch bei stationärer Untersuchung keine Parasiten gefunden werden konnten, wurde die Patientin schliesslich in die Universitäts-Nervenklinik überwiesen.

Befund:

Körperlich fand sich bei der Patientin, ausser einer kleinapfelgrossen, weichen Struma, kein nennenswerter Befund. Der Blutdruck betrug RR 120/80, die WaR war negativ, die übrigen Laborbefunde ohne Besonderheiten. Die Reflexe waren lebhaft, aber nicht gesteigert, die grobe Kraft erschien rechts gegenüber links etwas herabgesetzt (die Patientin ist Rechtshänderin). Es bestand ein ticartiges Augenzwinkern.

Die 49-jährige Patientin von ausgeprägt leptosomem Typ war in ihrem Auftreten ziemlich distanzlos und enthemmt. Ihre Stimmung war recht labil, und es bestand eine gewisse Affektinkontinenz. Während sie eben noch um ihren verstorbenen Sohn weinte, konnte sie, durch entsprechende Ablenkung, gleich darauf ihre Lebensfreude betonen oder kräftig auf die Untermieter schimpfen. Trotz einer deutlichen hypomanischen Komponente, die wohl der Grundstimmung der Patientin in gesunden Tagen entsprach, herrschte im allgemeinen die depressive Verstimmung vor. Der Eindruck des "organischen", den das Krankheitsbild sofort machte, wurde durch die Ergebnisse der experimentellen Intelligenzprüfung noch verstärkt. Neben einer Merkschwäche und gewissen Haftneigung fand sich eine in ihrem Ausmass stark wechselnde, aber deutlich ausgeprägte Urteilsschwäche. Neben durchschnittlichen oder für ihr Bildungsniveau zum Teil sogar relativ guten, standen oft geradezu blöde Antworten. Es war ihr unmöglich, verwickelte Zusammenhänge, wie zum Beispiel die Ursache der Streitigkeiten mit den Untermietern und andere Misshelligkeiten im Verlauf des letzten Jahres, denen sie grosses Gewicht für die Entstehung ihrer Verstimmung beimass, zu erklären. Sie brachte Wesentliches und Unwesentliches durcheinander,

irrte ab, verwechselte früher und später Erlebtes, und es wurde aus ihren Erzählungen nie klar, was sich eigentlich ereignet hatte. Die Sprache war überstürzt, abrupt und unscharf artikuliert. Ihre Beschwerden durch die angeblichen Läuse schilderte sie derart natürlich, plastisch und eindringlich, dass die Stationsschwester fast überzeugt wurde und ihr "vorsichtshalber" eine Lauskappe verpasste.

Die Patientin war in ihrer Überzeugung, von Parasiten befallen zu sein, nicht zu korrigieren, doch war die Art der Tiere bei ihr nicht fixiert: Da man keine Läuse gefunden habe, könne es ja Krätze sein oder Wanzen oder sonstige "kleine lebende Körperchen", sie spüre doch schliesslich, wie solche, von den Haaren und Augenbrauen ausgehend, über ihr Gesicht herunter rieselten, wie sie in alle Sinnesöffnungen hineinkrabbelten, und wie sie am ganzen Kopf und an den Armen brannnten und bissen! Es könne nichts anderes sein als kleine Tierchen! Irgend welche weitere Überlegungen, zum Beispiel nach der Herkunft der Tiere, stellte sie nicht an. - Ärzten und Mitpatienten gegenüber verhielt sich die Patientin natürlich und ohne Misstrauen, doch war sie manchmal etwas streitbar und rechthaberisch,

Im weiteren Verlauf prägte sich der depressive Affekt stärker aus. Die Patientin weinte viel, litt stark unter ihren "Tieren" und äusserte die Befürchtung, dass sie diese bereits im Gehirn habe, und dass dadurch das ständig zunehmende Kopfweh und die Abnahme ihrer geistigen Fähigkeiten bedingt würden, welch letztere sie auch subjektiv stark empfand.

Auf eine Elektroschockbehandlung, die wegen ihrer in ähnlichen Fällen oftmals günstigen Wirkung bei der Patientin durchgeführt wurde, gab diese zunächst ein jeweils stundenweises leichtes Nachlassen des "Herunterfallens" an. Gleichzeitig wirkte sie allgemein eher frischer und munterer. Nach dem vierten Elektroschock nahm jedoch das "Herunterfallen" wieder zu, so dass die Behandlung abgebrochen wurde.

Bei der schliesslich durchgeführten Luftenzephalographie fand sich eine noch nicht stark fortgeschrittene, aber deutlich ausgeprägte kortikale Hirnatrophie, die über beide Hemisphären ausgedehnt war und die frontalen Partien bevorzugte.

Im weiteren Verlauf klagte die Patientin über eine Zunahme aller Beschwerden: Das "Herunterfallen" und Krabbeln, die Kopfschmerzen und

das "dicke Gefühl" in der Stirne und die Schlaflosigkeit verstärkten sich immer mehr, und sie hatte das Gefühl, allmählich zu verblöden und nie mehr arbeitsfähig zu werden. Trotz ihrer sonstigen, im Laufe ihres Klinikaufenthaltes immer deutlicher werdenden Urteilsstörung beurteilte sie ihren eigenen Zustand wenigstens in dieser Beziehung sehr gut.

Nach fünf Wochen wurde die Patientin ungeheilt entlassen. Sie besuchte uns einige Monate später, in schrillfarbiger und jugendlicher Kleidung, die in merkwürdigem Gegensatz zu der etwas stumpf anmutenden, hoffnungslosen Gedrücktheit stand, mit der sie die weitere Zunahme aller Beschwerden schilderte.

Zusammenfassung:

Die ursprünglich lebensfrohe und gesellige, etwas primitive Patientin geriet durch Schicksalsschläge in eine innere Vereinsamung und depressive Verstimmung, deren Ausbildung durch das Klimakterium einerseits und die hirngorganische Veränderung andererseits gefördert worden sein dürfte. Inwieweit durch diese Verstimmung und das Klimakterium das Auftreten der Hautsensationen - Krabbeln, Rieseln, Brennen und Beissenbegünstigt wurde, lässt sich nicht abgrenzen; deren eigentliche Ursache dürften jedoch mit grösster Wahrscheinlichkeit die cerebrorganischen Veränderungen sein. (Darüber soll in einem späteren Kapitel eingehender berichtet werden.) Auch lässt sich nicht sicher entscheiden, ob man diese mit absolutem Realitätsgefühl einhergehenden Hautsensationen als Parästhesien oder Halluzinationen ansprechen soll, die Art der Schilderung des Rieselns könnte eventuell für das letztere sprechen. Auf jeden Fall standen diese Hautsensationen im Mittelpunkt des Denkens und Handelns der Patientin; die Deutung, dass es sich dabei um irgendwelche Parasiten handeln müsse, war sekundärer Natur, auch liess die Patientin über die Art dieser Parasiten durchaus mit sich handeln. Sie fand in den vermeintlichen Tieren aber nicht nur eine Erklärung für die sie heftig quälenden Missempfindungen, sondern auch eine Möglichkeit, gegen die Krankheit, deren Fortschreiten sie fühlte und trotz ihrer Demenz richtig erkannte, selbst ankämpfen zu können, wie es die, auch in der depressiven Verstimmung noch deutliche, sthenische, streitbar-hypomanische Komponente ihrer Persönlichkeit gebot. Als Ursache des hirnatrophischen Prozesses käme nach Art des Krankheitsbildes eventuell eine Arteriosklerose in Frage, an welcher auch der Vater der Patientin in auffallend frühem Alter verstorben war.

Fall 3: K. Gertraud, geb. 1892

Familienanamnese: Der Vater starb mit 63 Jahren an einer Drüsentuberkulose, die Mutter mit 80 Jahren an Herzschwäche. Eine Schwester starb als Kind an Meningitis, eine andere an Lungentuberkulose, zwei weitere leben und sind gesund. Von Geisteskrankheiten, abnormen Persönlichkeiten oder organischen Nervenleiden ist in der Familie nichts bekannt.

Eigene Anamnese: Als Kind hatte die Patientin Masern. Sonst war sie, abgesehen von einer Appendektomie mit 41 Jahren, nie ernstlich krank. Als Kind litt sie an anfallsweise auftretenden Kopfschmerzen, die seit der Menopause in ähnlicher Weise wieder erscheinen.

Menarche mit 13 Jahren, Menopause mit angeblich 56 Jahren; sie machte zwei normale Geburten und zwei nicht fieberhafte Aborte durch.

Die Patientin wurde als Kind eines Landwirts in Rumänien geboren, besuchte dort als mittelmässige Schülerin sechs Jahre die Volksschule und half nach der Schulentlassung in der elterlichen Landwirtschaft. In den Wintermonaten lernte sie Nähen, doch konnte sie dies, da die Kopfschmerzen dabei in verstärktem Masse auftraten, nie als Beruf ausüben. Seit ihrem 27. Lebensjahr ist sie mit einem selbständigen Kaufmann in glücklicher Ehe verheiratet. Bis zur Ausweisung war sie ausser in ihrem Haushalt auch noch im eigenen Lebensmittelgeschäft tätig und half bei der Schweinezucht. Jetzt ist ihr Mann arbeitslos und nur nebenher etwas kaufmännisch tätig. Doch sind die finanziellen Verhältnisse, dank der Unterstützung durch ihre Schwester und die in Amerika verheiratete Tochter, auskömmlich, auch mit den Wohnungsverhältnissen ist die Patientin zufrieden.

Etwa seit dem Schulalter -den genauen Beginn kann sie nicht angeben, - traten bei der Patientin anfallsweise starke Kopfschmerzen auf, besonders vor Prüfungen oder wenn sie sich beim Spielen zu stark angestrengt hatte. Die Anfälle begannen mit starken Kopfschmerzen, die sich bandartig über die Stirn zogen, dann trat Übelkeit auf, und es kam zum Erbrechen. Diese Anfälle traten etwa alle Monate auf, vor der Menarche häuften sie sich jedoch bis zu dreimal wöchentlich, danach wurden sie wieder seltener. Nach ihrer Heirat traten keine typischen Anfälle mehr auf, auch nicht während der Schwangerschaften. Selten auftretende leichte Kopfschmerzen ohne Übelkeit konnten jeweils durch ein bis zwei Tabletten coupiert werden. Nach Eintritt der Menopause vor fünf Jahren

traten wieder in verstärktem Masse Kopfschmerzen auf, oft drei bis viermal wöchentlich, die auch wieder von Übelkeit und Erbrechen gefolgt waren und auch auf eine erhöhte Dosis von Tabletten nicht mehr ansprachen. Im Gegensatz zu früher zogen sich die Schmerzen jetzt nicht mehr bandartig um die Stirne, sondern strahlten, vom Nacken aufsteigend, in Stirne und Augenhöhlen aus. Im letzten Dreivierteljahr haben die Schmerzen an Heftigkeit stark nachgelassen, sie waren seitdem nur noch einmal von Erbrechen gefolgt. Sie zeigen sich jedoch fast täglich und werden durch die geringste Aufregung oder Anstrengung ausgelöst.

Seit zehn Monaten verspüre sie ständig am Kopf und zum Teil von dort aus am Hals, an der Brust und an den Armen hinunterlaufend ein Kribbeln und Laufen. Sie sei überzeugt, dass es sich dabei um kleine Tierchen handle. Einmal habe sie ein solches auf ihrer Hand sehen können: Es habe ausgesehen wie ein kleiner roter Punkt, der aussen herum Füsse habe. Ihr Mann habe daraufhin das Lexikon geholt und auf Grund der Abbildungen festgestellt, dass es sich um Vogelmilben handeln müsse. Auch ihr Mann habe einige Wochen bis Monate unter diesen Vogelmilben gelitten. Nach intensiver Behandlung mit Cuprex seien die Tierchen bei ihm jedoch verschwunden; er spüre jedenfalls zur Zeit keine mehr. Sie selbst habe in diesen zehn Monaten täglich zwei bis dreimal ihre Haare gewaschen und insgesamt ein kg Cuprex, zehn Packungen DDT-Puder und vier Flaschen Wendelinöl verbraucht. Da sie die Tiere immer noch spüre, habe sie sich schliesslich die Haare ganz kurz schneiden lassen. Verschiedene Ärzte, die sie aufgesucht habe, hätten allerdings keine Parasiten irgendwelcher Art nachweisen können. Von der Ambulanz der Dermatologischen Klinik, wo man ebenfalls bei ihr keine Tierchen gefunden habe, sei sie dann in die Nervenklinik geschickt worden.

Befund:

Die grosse und kräftige 61-jährige Patientin ist in gutem Allgemeinzustand. Die Haut ist etwas farblos und blass und ihre Spannung ist herabgesetzt. Die übliche körperliche Untersuchung ergibt, ausser einer leichten Varikosis beider Unterschenkel, keinen wesentlichen krankhaften Befund. Der Blutdruck beträgt RR 125/75, die Laborbefunde von Urin und Blut sind normal, die WaR und Nebenreaktionen im Blut negativ. Bei der Röntgenuntersuchung der Halswirbelsäule fand sich nur eine geringe Randzackenbildung an den unteren Wirbelkörpern. Neurologisch fallen nur die beiderseits fehlenden Bauchdeckenreflexe (bei

schlafen Bauchdecken) und eine Unsicherheit beim Blindgang und Romberg-Versuch ohne bestimmte Falltendenz auf. Vor allem die Sensibilität ist überall und für alle Qualitäten intakt.

Die freundliche, zutrauliche Patientin macht psychisch einen allgemein deutlich abgebauten Eindruck. Die Merkfähigkeit und die Erinnerung an die Ereignisse der letzten Jahre sind merklich herabgesetzt. Der Gedankengang ist ausgesprochen verlangsamt und umständlich, sie wirkt oft hilflos und ungeschickt. Nach ihren Angaben könne sie sich auch nicht mehr so erregen wie früher; Situationen, die früher ihren Zorn und Ärger hervorgerufen hätten, brächten sie heute nur zum weinen. Es fehlt jedoch eine ausgesprochene depressive Verstimmung, auch eine ausgeprägtere Affektinkontinenz tritt während ihres Klinikaufenthaltes nicht in Erscheinung.

Die Patientin getraut sich zuerst nicht, sich zu kämmen, aus Angst, es könne dabei eines der Tierchen herunterfallen. Sie befürchtet, das ganze Krankenzimmer zu verseuchen. Auch das ständige Haarwaschen hat sie aus demselben Grund eingestellt. Von dem Vorhandensein der Tiere ist sie fest überzeugt, anderweitige Wahnideen finden sich bei ihr jedoch nicht.

Nach den (schriftlichen) Angaben des Ehemannes sollen die "Tierchen" wirklich vorhanden gewesen sein. Auch er selbst habe etwa zwei Monate unter ihnen zu leiden gehabt und gelegentlich welche gefangen. Sie hätten sich mit dem Fingernagel "knacken" lassen wie Läuse und einen kleinen Blutfleck hinterlassen.

Bei der wegen des Verdachtes auf cerebralorganische Veränderungen im weiteren Verlauf bei der Patientin durchgeführten elektro-encephalographischen Untersuchung fanden sich fragliche Herdzeichen occipital, links in Form einer Alphaverminderung. Ein cerebraler Herdprozess konnte nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden.

Bei der am nächsten Tag vorgenommenen Luft-Encephalographie fanden sich keine sicheren Veränderungen des Ventrikelsystems nach Grösse, Form und Lage; der dritte Ventrikel erschien etwas weit, aber noch im oberen Bereich der Norm. Die Subarachnoidalfüllung war über beiden Hemisphären deutlich und unauffällig. Im Liquor waren Zellzahl und Eiweisswerte normal.

Die Encephalographie wurde von der Patientin gut vertragen, sie klagte nur am ersten Tag danach über geringe Kopfschmerzen. Am nächsten Tag gab sie an, dass sie seitdem keine "Tierchen" mehr laufen fühle.

Sie bat deshalb um ihre Entlassung.

Zusammenfassung:

Bei der 61-jährigen Patientin besteht das Bild eines allgemeinen Persönlichkeitsabbaus auf Grund cerebralorganischer Veränderungen, deren anatomische Grundlage sich nicht feststellen liess. Im Zusammenhang mit den Migräneanfällen wäre an Gefässstörungen zu denken. Auf dem Boden dieser Demenz dürfte die wahnhafte Deutung entstanden sein; ob die Hautsensationen ebenfalls hirnnorganisch bedingt oder anderen Ursprungs sind, konnte nicht sicher geklärt werden, ebensowenig, ob vorher tatsächlich eine Infektion mit Ungeziefer vorlag, oder ob es sich um eine folie à deux handelte, die beim Ehemann rasch wieder abklang, während die Patientin sich auf Grund ihrer Persönlichkeitseinengung nicht mehr davon lösen konnte. Eine völlige Abklärung des Falles war nicht möglich, da die Patientin auf ihrer Entlassung bestand. Es ist anzunehmen, dass es sich bei dem angeblichen Verschwinden der Missempfindungen nur um eine Dissimulation handelte, die die ersehnte Entlassung beschleunigen sollte. Allerdings wäre, falls die Missempfindungen cerebralorganischen Ursprungs waren, durchaus auch an ihre vorübergehende tatsächliche Besserung durch die Encephalographie und die durch diese gesetzten Veränderungen im Schädelinneren und im Liquor zu denken.

Fall 4: G. Therese, geb. 1898

Familienanamnese: Der Vater starb in höherem Alter an Arteriosklerose, die Mutter an einem Magencarcinom. Geisteskrankheiten oder abnorme Persönlichkeiten sollen in der Familie ebenso wenig vorgekommen sein wie organische Nervenleiden oder Stoffwechselstörungen.

Eigene Anamnese: Als Kind machte die Patientin ausser den üblichen Kinderkrankheiten öfters Lungenentzündung und eine schwere Rachitis durch, wegen welcher sie erst spät laufen lernte. Erst mit 7 Jahren kam sie in die Schule und beendete diese mit der sechsten Volksschulklasse, da sie bereits die vierte Klasse hatte wiederholen müssen.

Die Menarche war mit 17 Jahren, die Periode war immer unregelmässig, mit 51 Jahren kam die Patientin in die Menopause.

Im Alter von 22 Jahren fiel der Patientin zum ersten mal auf, dass sie an der rechten Hand nicht mehr fror; auch bekam sie dort häufig Brand-

blasen, da sie auch die Hitze und den Schmerz nicht mehr recht wahrnahm. Gleichzeitig wurde die Hand grösser und schwächer, und die Haut runzlig. Zwölf Jahre später, mit 34 Jahren, bemerkte sie, dass die selbe Störung auch an der linken Hand begann. Manchmal traten auch vorübergehende Schluckstörungen auf, während deren sie das Gefühl hatte, als ob sich einige Sekunden lang der Schlund zusammenzöge.

Es wurde damals eine Syringomyelie diagnostiziert und eine Serie von zehn Röntgenbestrahlungen verabreicht, auf die eine gewisse Besserung eintrat. Der Zustand blieb dann ziemlich stationär bis zu ihrem 48. Lebensjahr. Dann verschlimmerten sich alle Beschwerden rasch, und im Jahr darauf wurde die Patientin zum erstenmal in die Münchner Universitäts-Nervenklinik aufgenommen.

Sie klagte damals über ein pelziges Gefühl und das Fehlen der Schmerz- und Temperaturempfindung in der rechten Hand. Diese und der rechte Arm seien schwer und kraftlos. Wenn sie etwas schneiden wolle, habe sie das Gefühl, als ob die Finger abbrächen. Links bestanden die selben Störungen, jedoch in geringerem Masse. Des weiteren klagte die Patientin über die schon erwähnten Schluckbeschwerden, über Brennen der Zunge, einen brennenden Schmerz, der sich, vom Hinterkopf ausgehend, bis in die Stirn vorzog und durch Medikamente nicht zu beeinflussen war, und über ein Gefühl der "Steifheit" in den Händen, in Hinterkopf und Stirn und in Nacken und Schultern. Auch das Gedächtnis habe seit ein paar Jahren sehr nachgelassen, und sie schlafe tagsüber häufig ein.

Es wurde eine Syringomyelie mit typischer cervikaler Lokalisation diagnostiziert, die auch bulbäre Zentren betroffen hatte, und zwar die motorischen und sensiblen Trigeminusanteile, den Accessorius und, in geringerem Masse, den Recurrensanteil der Vagusmuskulatur. Es wurde erneut eine Röntgenbestrahlung durchgeführt. Nach Abschluss derselben verspürte die Patientin keine wesentliche Reaktion, interkurrent waren jedoch eine Zunahme der Sensibilitätsstörungen an beiden Händen und starke Paraesthesien im Bereich der Hautversorgung der oberen Halssegmente, zum Teil auch im Bereich des n. trigeminus, aufgetreten.

Zwei Jahre später, mit 51 Jahren, kam die Patientin erneut zur Behandlung, mit der Klage über starke, zum Hinterkopf aufsteigende Schmerzen in Rücken und Nacken, die mit Jucken und Brennen der Kopfhaut verbunden waren, und über ein noch stärker als früher ausgeprägtes Steifheitsgefühl im selben Bereich und in den Händen. Diese Beschwerden waren stark von der Witterung abhängig: Sie besserten sich im Sommer

und verschlimmerten sich im Winter oder vor Witterungsumschlägen, besonders vor Gewittern. Vor allem aber waren seit etwas über einem Jahr trophische Geschwüre aufgetreten, deretwegen sie vor einiger Zeit in der Dermatologischen Klinik in stationärer Behandlung war; da diese aber keinen Erfolg gebracht habe, habe sie nach kurzer Zeit auf eigenen Wunsch die Klinik wieder verlassen. Ausserdem gab die Patientin an, dass ihr seit einigen Monaten auffalle, dass sie nicht mehr so flüssig sprechen könne. - Es wurden, da wegen der fortgeschrittenen Veränderungen eine erneute Bestrahlung nicht mehr in Frage kam, nur die Ulcera behandelt, die fast abheilten.

Eindreiviertel Jahre später, mit 52 Jahren, wurde die Patientin abermals stationär aufgenommen. Zum erstenmal berichtete sie jetzt von einer schrecklichen Ungezieferplage, die sie befallen habe. Die Tiere verursachten ihr starkes Hautjucken und Brennen, und die Wunden, die sie überall habe, seien durch sie aufgebissen worden. Die Tiere seien auf dem Kopf, auf der Haut und in den Kleidern. Besonders von ihrem dunklen Mantel hieben sie sich gut ab, sie seien oft in Ballen von fünf bis zehn Stück beisammen. Sie habe den Mantel reinigen lassen und staube täglich alles ab und wasche ebenso oft ihre Sachen. Sie zupfte ständig kleine weisse Fäserchen von ihrem Mantel, von denen sie behauptete, dass es Tierchen seien, und liess sich nicht belehren, dass sie kein Ungeziefer habe, auch nicht, als man ihr die Fäserchen unter dem Mikroskop zeigte. Schon nach zwei Tagen verlangte sie unbedingt nach Hause, da sie sich dort "besser pflegen" könne.

Fünf Monate später wurde sie jedoch erneut stationär aufgenommen. Sie behauptete jetzt, dass es sich bei den "Tieren" um Würmer handle, die aus den offenen Wunden, an deren Rändern sie herumsässen, herauskämen, und durch die diese Wunden aufgebissen würden. Überall legten die Würmer ihre weissen, stecknadelkopfgrossen Eier ab, die ihr oft staubartig vom Kopf aus herunterrieselten. Nachts sei das Bettuch ganz rau von den Absonderungen der Würmer, und unter der Wäsche sei es wie Griess. Gesehen habe sie nur die Eier, die Würmer selbst nicht. "Weil ich Syringomyelie habe, beachten die Ärzte mein Hautleiden nicht genügend!" - Eine Elektroschockbehandlung wurde von der Patientin abgelehnt.

Die Patientin blieb weiterhin in ambulanter Behandlung der Nervenklinik. Nach einer Pause von vier Jahren wurde sie zum fünftenmal stationär

aufgenommen.

Die mittlerweile 57-jährige Patientin hält immer noch an der unveränderten Überzeugung fest, von Würmern befallen zu sein, die in den Ulcera leben und diese aufbeissen. Sie leide unter Beissen, Brennen, Stechen und Jucken. Die Tiere selbst habe sie nie gesehen, nur den "Griess", der immer vom Kopf herunterfalle, und bei dem es sich um Absonderungen der Würmer handle. Wenn sie sich gewaschen habe, sei in der Schüssel immer so ein Satz gewesen, wie von ganz feinem Staub. Sie meine, dass die Würmer vielleicht vom Gemüse kämen, deshalb passe sie beim Gemüsewaschen immer sehr auf. Einmal habe sie einen Wurm im Bett gesehen, aber das sei vermutlich ein Obstwurm gewesen, vom Apfelessen. Seit ein paar Monaten habe sie gar nichts mehr tun können, so habe ihr alles weh getan. - Eigentlich sei sie halbseitig von den Würmern betroffen, rechts sei das Beissen und Jucken viel ärger als links. In der Wärme werde sie von den Würmern viel weniger belästigt als jetzt, während der kalten Jahreszeit.

Befund:

Nur 1, 54 m grosse, magere Patientin in reduziertem Allgemeinzustand. Am ganzen Körper bis herab zu den Tibialseiten der Unterschenkel finden sich, rechts mehr als links, zahlreiche, meist etwa markstückgrosse, Verbrennungs- und Ulcusnarben und Pigmentverschiebungen und mehrere Ein- bis Dreimarkstück grosse frische Ulcera. Auffallend grobe Hände und derbe Finger, beiderseits Krallenhand.

Internistisch ist kein wesentlicher krankhafter Befund zu erheben ausser einer leichten Anämie von 75% Hgb und einer auf 25/68 erhöhten Senkungsgeschwindigkeit. Die WaR war negativ, die übrigen Laborbefunde normal, der Blutdruck betrug RR 130/80.

Neurologisch: Leichte Miosis und Ptosis beiderseits, aber kein typisches Horner'sches Syndrom. Die Pupillen sind rund und seitengleich, reagieren nur mässig auf Licht und Convergenz. Die Augenbewegungen sind ohne Besonderheiten, kein Nystagmus. Der Geruchssinn ist herabgesetzt, rechts mehr als links, ebenso der Geschmackssinn. Eine früher erwähnte linksseitige Atrophie der Zunge ist nicht deutlich, ebenso die früher erwähnte beiderseitige Abschwächung der Masseterenkraft. Während bei früheren Untersuchungen die Schmerz- und Temperaturempfindung im Trigemusbereich als aufgehoben bezeichnet worden war, kann jetzt, im Gegensatz dazu, nur ihre Herabsetzung auf beiden Seiten festgestellt

werden. Im Facialisgebiet sind keine eindeutigen motorischen Ausfälle nachweisbar. Das Gehör ist nicht gestört. Die Sprache ist - schon seit einigen Jahren- leise und schlecht artikuliert, etwas verwaschen. Am Stamm findet sich eine deutlich links betonte Atrophie der Schulter- und Rückenmuskulatur. Die Wirbelsäule ist nicht klopf- oder stauchungsempfindlich. Die Bauchdeckenreflexe fehlen überall.

Arme: Atrophie und motorischer Ausfall der kleinen Handmuskeln, typische Krallenhand. Grobe Kraft in Hand und Unterarm herabgesetzt. Physiologische Reflexe beiderseits kaum auslösbar, keine Pyramidenzeichen.

Beine: Grobe Kraft etwas herabgesetzt. PSR und ASR beiderseits sehr lebhaft, reflexogene Zonen verbreitert. Keine Pyramidenzeichen.

Sensibilität: Dissoziierte Empfindungsstörung, anfangs nur im Bereich der Cervikalsegmente, jetzt zusätzlich über sämtliche Thorakalsegmente und die obersten drei Lumbalsegmente ausgebreitet, rechts deutlich stärker ausgeprägt. Geringe Lageempfindungsstörungen in den Fingern. Berührungssensibilität überall erhalten.

Koordination: Gang breitspurig, mit ganzer Sohle, Blindgang unsicher.

Psychisch: Primitive, in geistiger und gemüthlicher Hinsicht ziemlich stumpfe Persönlichkeit, bei der sich während der letzten Klinikaufenthalte eine noch leichte, aber zunehmende Demenz bemerkbar macht. Bei guter allseitiger Orientierung sind jedoch die Erinnerung an die Ereignisse der letzten Jahre und die Merkfähigkeit deutlich herabgesetzt.

Der Gedankengang ist umständlich, ohne Sinn für das Wesentliche und auf die wahnhaften Ideen eingeengt. Die letzteren waren in früheren Jahren unkorrigierbar, jetzt räumt die Patientin bisweilen ein, sie wolle damit nur sagen, es sei, "als ob" Tiere vorhanden seien. Gleich darauf spricht sie jedoch wieder von den "Würmern" und setzt deren Bekämpfung fort. Immer wieder hebt sie hervor, dass sie eigentlich halbseitig von ihnen betroffen sei, das heisst, rechts werde sie von ihnen viel mehr gequält. Die früher mehr apathische Grundstimmung ist in den letzten Jahren teilweise einer unruhigen Betriebsamkeit gewichen; die Patientin nestelt überall herum, rutscht auf dem Stuhl hin und her und kratzt sich. Gelegentlich wird sie etwas aufgeregt, besonders, wenn man ihr widerspricht, sonst ist sie im allgemeinen ganz zugänglich und freundlich. In der Ambulanz soll sie sich manchmal etwas querulatorisch verhalten haben.

Therapie: Eine ursächliche Therapie war in den letzten Jahren nicht mehr möglich. Symptomatisch wirkten Einreibungen mit Calmitolsalbe subjektiv lindernd. Ausserdem wurde jeweils versucht, die trophischen Ulcera zum Abheilen zu bringen.

Zusammenfassung:

Dieser Fall ist dadurch bedeutsam, dass es sich bei den dem Wahn zu Grunde liegenden Hautsensationen zum grössten Teil um etwas eindeutig Bestimmbares, nämlich um Paraesthesien, die durch die vorliegende Syringomyelie bedingt sind, handeln dürfte. Dies gilt ohne Einschränkung für jene Missempfindungen, die beim Ausbruch des Wahns bestanden und von der Patientin schon während mehrerer vorhergehender Jahre in der selben Weise geschildert worden sind, wie dies heute noch geschieht. Sie zeigen, heute wie damals, die gleiche Qualität, die gleiche Witterungsabhängigkeit, die gleiche Beschränkung auf das Gebiet der dissoziierten Empfindungsstörung und die selbe Seitenbetonung wie die letztere. An ihrer Zugehörigkeit zur Syringomyelie dürfte also kein Zweifel sein.

Nicht völlig klar ist, warum der Wahn erst zu einem bestimmten Zeitpunkt einsetzte, nachdem diese Missempfindungen schon mehrere Jahre bestanden hatten. Einerseits dürfte eine seiner Hauptursachen natürlich in dem -erst relativ kurz vorher erfolgten- Auftreten der hartnäckigen Ulcera liegen, die auf die Patientin den Eindruck machten, als ob sie "aufgebissen" seien. Andererseits konnte man bei der von jeher primitiven und etwas debilen Patientin im Lauf der letzten Jahre eine allmählich zunehmende Demenz beobachten, durch die ihre Kritikfähigkeit noch mehr eingeengt worden ist. Die selben cerebralen Abbauvorgänge, die zu dieser Demenz geführt haben, liegen vielleicht auch dem erst später, nach längerem Bestehen des Dermatozoenwahns, aufgetretenen "Rieseln" über das Gesicht zu Grunde, das so überraschend ähnlich wie bei unserer Patientin Euphrosyne W. geschildert wird. Natürlich könnte es sich dabei auch um Reizerscheinungen im ja ebenfalls von der Syringomyelie betroffenen Trigeminusbereich handeln, doch fällt diese eigenartige Missempfindung irgendwie aus dem Rahmen der übrigen von der Patientin beschriebenen Paraesthesien.

Für die Entstehung des Wahns dürfte noch die rapide Verschlimmerung des Leidens in den letzten Jahren und die Unmöglichkeit einer wirksamen Behandlung massgebend sein, die in der Patientin den verständlichen Wunsch und die Hoffnung erweckten, es möchten nicht alle ihre Beschwerden auf dieses unheilbare Leiden zurückzuführen sein, sondern

möglicherweise auf etwas bekämpfbares, wie z.B. Ungeziefer, auf welches nach ihrer Meinung bestimmte Symptome hindeuteten. Auch ihre Invalidität und ihr durch das Leiden bedingter Mangel an Kontakt mit anderen Menschen mögen ihre schon vorher erkennbare Neigung, sich in einmal gewonnene eigene Auffassungen zu verbohren, verstärkt haben.

Fall 5: Sch. Niklas, geb. 1888

Der 64-jährige Patient erschien in der Beratungsstelle, die die psychiatrische Universitätsklinik Waldau in Bern in einem benachbarten Städtchen unterhält, und gab an, dass er fast am ganzen Körper von "Tierli" befallen sei, deren Beissen ihn sehr quäle. Man habe ihm geraten, hierher zu gehen, da bisher keine Behandlung geholfen habe. Er machte folgende Angaben:

Die Familienanamnese ist ohne Besonderheiten. Er selbst wurde als ältestes von sechs Kindern eines Landwirts und Zimmermanns geboren. Er besuchte mit gutem Erfolg neun Klassen der Primarschule und ging schon als Sechzehnjähriger von zu Hause fort, da der Vater früh verstorben war, und er helfen musste, zu verdienen. Zunächst arbeitete er als Knecht, bald aber machte er sich selbständig und pachtete eine kleine Landwirtschaft. Als diese später von dem Besitzer selbst übernommen wurde, und eine neue Pacht wegen der Zeitumstände nur schwer erträglich war, arbeitete er wieder als Melker, in welcher Stellung er zwar gut verdiente, jedoch nicht die selbe Befriedigung fand wie ehemals als selbständiger Landwirt. Beim Militär brachte er es zum Unteroffizier. Noch heute ist er Mitglied beim Dienstbotenverein, bei dem er früher viele Jahre der örtliche Präsident war. Er war glücklich verheiratet und hat sechs Kinder, die nun alle auswärts verheiratet sind. Vor drei Jahren starb seine Frau an Magenkrebs, seither ist er recht einsam und kann sich auch nicht mehr so freuen wie früher. Er müsse den ganzen Tag schaffen. Wenn er mit der Arbeit fertig sei, lese er noch die Zeitung, dann gehe er zu Bett. Aber wegen der "Tierli" könne er gleichwohl nicht einschlafen.

Ausser den üblichen Kinderkrankheiten habe er mit elf Jahren eine Gelbsucht gehabt. In den letzten Jahren habe er zweimal eine schwere Grippe gehabt, bei der er sich nicht recht habe schonen können, denn "beim Bauern heisst es immer schaffen und schaffen".

Seit etwa eineinhalb Jahren leide er an Atemnot, so dass er sich viel hinsetzen und immer das Fenster aufmachen müsse. Im Herbst vor einem Jahr (das Datum weiss er noch genau) sei ihm hinten in der Nase eine Ader geplatzt, und er habe so stark und so lange aus Nase und Mund geblutet, dass man ihn ins Spital habe bringen müssen, wo er mehrere Bluttransfusionen bekommen habe. Seit damals habe er auch Nervenschmerzen im rechten Arm, die sich bis zur Schulter hinauf zögen, in diesem Arm habe er auch nicht mehr so viel Kraft. Seit mehreren Jahren könne er auch nicht mehr so gut riechen. Das Gehör sei angeblich gut, "sonst wäre er ja nicht Unteroffizier geworden". Später gab er jedoch zu, dass er auch schlecht höre, und zwar seit ein bis zwei Jahren, "auch seit der Sach". Seit ein paar Jahren habe er auch Kopfschmerzen, so ein dumpfes Druckgefühl in Stirn und Hinterkopf, auch ein bisschen schwindlig sei es ihm dabei oft.

Die "Tierli" seien wenige Monate nach seinem Krankenhausaufenthalt, also vor etwa einem Jahr, aufgetreten. Zuerst habe es ihn in den Ohren gebissen, dann in der Nase, dann oben am Kopf. Dann habe sich das Beissen auf fast den ganzen Körper ausgebreitet: auf Arme und Hände, Brust und Bauch, auch die Beine. (Später änderte er seine Angaben und meinte, es habe an den Armen angefangen.) Am meisten beisse es in der Nase, auch in den Ohren und Augen, im Mund jedoch nicht. Zwischen den Fingern beisse es auch besonders schlimm. Wenn er kratze, werde es etwas besser, deshalb kratze er sich viel. Er wasche sich mehrmals täglich gründlich, vor allem den Kopf. Auf dem Waschlappen vom Kopf seien immer so schwarze Dinger, das seien die "Tierli", die er heruntergewaschen habe. Auch in der Haut, in die sie sich einbohrten, könne man sie sehen. Er zeigte dabei auf zahlreich vorhandene dunkle Pigmentfleckchen auf der Haut. Wenn er bei den Kühen sei, sei die Beisserei am schlimmsten. Sicher hätten die Kühe solche "Tierli" am Euter, und er habe sich bei ihnen angesteckt, bzw. stecke sich bei ihnen immer wieder frisch an. Auf die Frage, ob er seinen jetzigen Beruf denn gern habe, meinte er, er sei jetzt schon 64 Jahre alt, die jungen Leute wollten aber nicht mehr melken, man bekomme deshalb keine jüngeren Leute als Melker. Auf die Frage, ob er nicht daran gedacht habe, seinen Beruf aufzugeben, antwortete er halb gekränkt, halb stolz: er melke noch gut! Später gibt er jedoch zu, dass er schon zu Neujahr habe kündigen wollen, doch wollte man ihn nicht gehen lassen.

Der 64-jährige Patient macht einen stark vorgealterten, verbrauchten

Eindruck. Er geht gebeugt, kleinschrittig und unsicher, es besteht ein grober, rechts betonter, nicht deutlich rhythmischer Tremor der Hände. Die Stimme ist heiser und brüchig, die Sprache etwas unsicher artikuliert. Es besteht eine recht ausgeprägte Schwerhörigkeit beiderseits, auch direkt am Ohr kann das Ticken einer Armbanduhr nicht wahrgenommen werden. Die Haut ist stark atrophisch: dünn, faltig, unelastisch, grau-gelblich blass, es finden sich zahlreiche kleine Pigmentflecke und Gefässerweiterungen. Die tastbaren Arterien sind verhärtet, starke Schlingelung der Arteria temporalis.

Eine eingehende internistische und neurologische Untersuchung war aus technischen Gründen leider nicht möglich, doch konnte man aus dem äusseren Bild mit grosser Wahrscheinlichkeit auf das Vorliegen einer allgemeinen Arteriosklerose schliessen.

Schon bei der Unterhaltung und mehr noch bei der experimentellen Prüfung fiel ein Nachlassen der mnestischen Fähigkeiten auf: Während seine Erinnerung an länger Vergangenes noch einigermaßen gut war, schien die an die Ereignisse der letzten Jahre recht ungenau. Er warf vieles zeitlich durcheinander (einzig das Datum seiner Krankenhauseinweisung wegen einer lebensbedrohenden Blutung wusste er genau) und erzählte Einzelheiten bei jeder Wiederholung wieder anders. Am stärksten war seine Merkfähigkeit eingeschränkt: mehr als zwei Ziffern hintereinander konnten im allgemeinen nicht nachgesprochen werden. Besser erhalten waren die übrigen intellektuellen Fähigkeiten. Vor allem seine Urteilsfähigkeit war verhältnismässig gut. Abgesehen von einer Erschwerung der Auffassung und Verlangsamung der Umstellung auf neue Fragen beantwortete er diese meist sicher und richtig, wenn auch in einfacher Ausdrucksweise und mit konkreten, dem Alltäglichen entnommenen Vergleichen. Auffallend leicht löste er Rechenaufgaben, auch eingekleidete.

Er machte den Eindruck eines rechtschaffenen, biedereren und treuherzigen, in manchem etwas eigenwilligen Menschen. Die Stimmung war, in Übereinstimmung mit seiner Lage, leicht depressiv, mit zuweilen etwas ängstlich-hilflosem Unterton, der im Gegensatz zu seinem sonstigen, bei aller Bescheidenheit selbstbewussten, Auftreten stand. Das Vorhandensein der "Tierli" stand für ihn so völlig fest, dass er auf die dagegen vorgebrachten Einwände gar nicht achtete. Sonst war er sehr zugewandt, ohne jedes Misstrauen, dankbar, über seine Probleme einmal sprechen zu können und Rat zu finden. Er entschloss sich im Lauf des Gespräches ganz

von selbst, ohne dass es irgendwelcher Überredung bedurfte, dazu, doch seine Stelle als Melker aufzugeben und zu einer seiner verheirateten Töchter zu ziehen, und versprach, sich wieder zu melden, sobald er seine Angelegenheiten geordnet habe.

Einige Monate später rief er in der psychiatrischen Klinik Waldau an und berichtete, in ängstlich-verzweifelterm Ton, dass er nun zwar seit einiger Zeit bei seiner Tochter in äusserlich günstigen Verhältnissen lebe, dass er von den "Tierli" jedoch mit unverminderter Heftigkeit geplagt werde. Er sagte zu, zu einer eingehenden Untersuchung in die Waldau zu kommen. Er ist jedoch an dem festgesetzten Tag nicht erschienen, und wir haben auch später nichts mehr von ihm gehört.

Zusammenfassung:

Der rechtschaffene, selbstbewusste, auf Selbständigkeit bedachte und auf seine gewisse Führerstellung beim Militär und im Dienstbotenverein stolze Landwirt ist in seiner jetzigen, untergeordneten Stellung unbefriedigt und seit dem Tod seiner Frau recht einsam. Seine körperliche Leistungsfähigkeit hat in den letzten Jahren stark nachgelassen, zum Teil bedingt durch eine schon aus der Anamnese zu entnehmende und auch bei nur sehr oberflächlicher Untersuchung deutlich erkennbare Arteriosklerose. Diese hat auch zu einem psychischen Abbau geführt, zu schweren Merkfähigkeitsstörungen, zu einer allgemeinen Einengung seiner Interessen, die sich jetzt auf seine tägliche Arbeit beschränken, zu einer Abnahme der geistigen Regsamkeit und Umstellungsfähigkeit überhaupt und, wenigstens in gewissem Masse, wohl auch zu einem Nachlassen der Urteilsfähigkeit.

Der seit einem Jahr bestehende Pruritus, der vermutlich (zentral oder peripher) durch die Arteriosklerose bewirkt sein dürfte, aber auch anderweitig verursacht sein kann, erfüllt nicht nur sein ganzes, durch den psychischen Abbau und zusätzlich noch durch die Depression eingeengtes Denken, sondern wird, aus der selben psychischen Veränderung heraus, auch wahnhaft gedeutet. Dass er glaubt, die "Tierli" von den Kühen erworben zu haben, ist nicht nur an sich naheliegend und logisch (besonders, da der Pruritus in der Wärme des Kuhstalls heftiger wird), sondern auch aus seiner ablehnenden Einstellung zu seiner jetzigen Arbeitsstelle heraus verständlich. Er drängt aus dieser fort, da er sich ihr längst nicht mehr gewachsen fühlt. Sein Stolz und sein Selbstbewusstsein lassen nicht zu, dass dies auf Grund des Nachlassens seiner Kräfte geschieht.

Ein durch die Kühe erworbenes, hartnäckiges, parasitäres Hautleiden ist eine Rückzugsmöglichkeit, die sein Selbstgefühl (und auch sein Pflichtgefühl) nicht beeinträchtigt. - Theoretisch wäre hier, ähnlich wie beim Fall Barbara Th., auch an eine psychogene Verursachung des zu Grunde liegenden Pruritus zu denken. Das Fortbestehen desselben auch nach Aufgabe des ihm unerträglich gewordenen Arbeitsplatzes spricht jedoch absolut dagegen, wenn auch das Mitwirken psychischer Faktoren, vor allem bei der Ausgestaltung von Einzelheiten, anzunehmen ist.

Fall 6: F. Paula, geb. 1884

Familienanamnese: Unauffällig, Geisteskrankheiten etc. sind angeblich in der Familie nicht bekannt. Ein Bruder starb 1945 an Herzschlag aus Aufregung über die Beschlagnahme seines Hotels, drei weitere Geschwister leben und sind gesund.

Eigene Anamnese: Die Patientin wurde, nach ihren Angaben, als drittes von fünf Kindern eines Brauereibesitzers geboren, der später ein Hotel erwarb. Sie verbrachte eine schöne Jugend, besuchte, angeblich mit gutem Erfolg, die Volksschule, half dann im elterlichen Hotel und heiratete mit 21 Jahren den Verkaufsdirektor einer Zigarettenfabrik im Rheinland. Die Ehe sei sehr glücklich gewesen. 1940 erlitt ihr Mann bei einem Luftangriff vor Aufregung einen Schlaganfall, der seinen Tod zur Folge hatte. 1943 fiel ihr einziger Sohn im Alter von 37 Jahren. Er war verheiratet und hatte zwei Kinder. Die Patientin steht mit ihrer Schwiegertochter gut und die beiden Enkelinnen machen ihr viel Freude. Ihr Haus im Rheinland wurde während des Krieges zerstört, und auch das Elternhaus ihres Mannes, das in dem kleinen Ort in Niederbayern stand, in dem sie jetzt lebt, wurde in den letzten Kriegstagen bei einem kurzen Gefecht zerstört. Sie lebt jetzt dort für sich, in einem winzigen Häuschen. Ihre finanziellen Verhältnisse, die in der ersten Nachkriegszeit recht schlecht waren, sind nun auskömmlich, wenn auch bescheiden. Sie sei angeblich mit jedermann gut Freund. Sie besorge ihren Haushalt, treibe nebenher Gartenbau und singe im Kirchenchor.

Angeblich war sie nie ernstlich krank. Die Periode sei immer regelmässig gewesen bis zur Menopause mit 52 Jahren. Danach habe sie in einem Arm Ziehen gehabt wie von Rheumatismus, der Arzt habe von "Blutstauung" gesprochen. Nach ganz kurzer Zeit sei es jedoch wieder vergangen und sie

habe sich "wie verjüngt" gefühlt. Im letzten Winter habe sie kurzfristig mit Ischias und Hexenschuss zu tun gehabt. Seit etwa ihrem 46. Lebensjahr benötige sie zum Lesen und Arbeiten eine Brille, mit der sie gut sehen könne. Seit einigen Monaten habe das Gedächtnis nachgelassen. Kopfschmerzen oder sonstige Beschwerden habe sie keine.

Im November des vergangenen Jahres -vor etwa einem halben Jahr- habe sie ihre Federbetten zum Reinigen gebracht. Es sei ein furchtbarer Geruch dort gewesen, und der Mann, der ihre Betten in Empfang genommen habe, habe einen Ausschlag und tränende Augen gehabt. Wer weiss, was in dem Reinigungsapparat drin gewesen sei! Voll Entsetzen habe sie ihr Bettzeug dort hineinwandern sehen und sofort bereut, es dorthin gebracht zu haben. Sie sei fest überzeugt, dass bei dieser Gelegenheit irgendein "Viechzeug" in das Federbett gekommen sei, denn genau seitdem leide sie an heftigem Juckreiz. Dieser trete vor allem nachts im Bett auf, wenn es warm werde, besonders so gegen drei Uhr morgens. Vor allem spüre sie die Tiere im Gesicht, am behaarten Kopf und an den Beinen, in geringem Mass auch am Rumpf. Es seien Milben, wohl so gross wie Stecknadelspitzen. Sie spüre das Kribbeln und Laufen ihrer Haarfüsschen. In der Haut sässen so eine Art Puppen: es gäbe zunächst ein Stichchen, dann jucke es; wenn das Tier vollgesaugt sei, höre das Jucken auf. Zuerst seien die Tiere noch hell, später würden sie dunkel. Vollgesaugt seien sie "wie mit Gespinst überzogen". Mit einer Pinzette "fange" sie die Tiere, oder sie zerdrücke sie mit einer Feile. Jeden Tag wasche sie die Wäsche und koche alles aus. Aber im Bett oder auch nur beim Bettenmachen bekomme sie die Tiere immer wieder, sie seien nicht anzubringen!

Die Patientin wurde von ihrem Hausarzt, der eine juckende Hauterkrankung bei ihr vermutete, zur ambulanten Untersuchung in die Münchner Dermatologische Klinik geschickt, wo man sie zu einer stationären Aufnahme überredete. Auch während der stationären Untersuchung konnten jedoch weder Parasiten, noch andere Hauterscheinungen als unzählige Kratzeffekte am ganzen Körper, besonders an den Oberschenkeln, festgestellt werden. Auch von internistischer Seite bot die Patientin keinen wesentlichen krankhaften Befund. Der Blutdruck betrug RR 140/90, das Blutbild war normal, der Rest-N mit 35mg% und der Blutzucker mit 66 mg% nicht erhöht, die WaR negativ.

Da die Patientin eine psychiatrische Untersuchung entrüstet ablehnte, war

eine solche nur sehr begrenzt, im Rahmen einer kurzen Unterredung mit ihr in der Dermatologischen Klinik möglich.

Die rotblonde, stattliche, etwas üppige Patientin vom Typ einer Wagner-schen Brünhilde wirkte in ihrem Äusseren recht gepflegt und relativ jugendlich. Die Haut wirkte frisch und rosig -allerdings nicht ganz ohne kosmetische Nachhilfe- die Augenbrauen waren sorgfältig zurechtgezipft und nachgezogen.

Wie die 72-jährige berichtete, betrieb sie seit Jahren fleissig Gymnastik, um frisch und elastisch zu bleiben, und hüpfte täglich eifrig Seil. Sie erwähnte auch tägliche intensive heisse und kalte Waschungen, und man hatte den Eindruck, dass sie schon seit vielen Jahren einen gewissen Kult mit ihrem Körper trieb, dessen sorgfältige Pflege im Mittelpunkt ihres Denkens und Handelns zu stehen schien.

Die ungemein lebhafte Patientin war in ihrem Auftreten ziemlich aufdringlich und distanzlos, ihre Äusserungen wirkten übertrieben, theatralisch und unecht. So küsste sie der Untersucherin unter Tränen fast die Hände, als sie erfuhr, dass diese schon mit Patienten mit ähnlichen Krankheitsbildern zu tun gehabt hatte: "Nein, dass mir solches Glück noch einmal zuteil werden soll!" Dabei stellte sich schon nach kurzer Unterhaltung heraus, dass die Patientin seit Beginn ihres Aufenthalts in der Klinik, also schon seit mehreren Tagen, angeblich keinerlei Jucken oder sonstige Beschwerden durch das Ungeziefer mehr verspürte und sich recht wohl fühlte. - Sie wirkte gequält, ängstlich -agitiert, oft weinerlich, wenn sie von dem Ungeziefer oder ihren Schicksalsschlägen sprach, doch konnte sie schon in der nächsten Sekunde in freudig gehobener Stimmung in geschwätziges und beglücktes Selbstlob ausbrechen.

Immer wieder schilderte sie ihre grosse Beliebtheit bei der Bevölkerung ihres Wohnortes, die Schönheit ihres Gartens (über dessen Bepflanzung sie jedoch keine genaueren Angaben machen konnte) oder ihre Stimme und Gesangsbegabung. Nur mit Mühe konnte sie daran gehindert werden, gleich eine der von ihr bevorzugten Wagnerarien zum besten zu geben. Ihr Denken war vollkommen egozentrisch, trotz aller Ablenkungsversuche kam sie immer wieder voll Wichtigkeit auf sich und ihr Leiden und ihre Schicksalsschläge zu sprechen. Man hatte dabei den Eindruck, dass sie weniger unter den Beschwerden litt, bzw. gelitten hatte, die durch das vermeintliche Ungeziefer verursacht wurden, als dass sie darüber gekränkt, verzweifelt und fassungslos war, dass ihr so etwas zustossen konnte. Besonders auffallend war ihr völliges Verhaftetsein in der Vergangen-

heit. Schon in den ersten Minuten zeigte sie eine alte Photographie, die sie selbst als junge Frau vor dem ersten Weltkrieg darstellte, lobte die schönen und teuren Stoffe ihrer Kleidung und ihr damaliges Aussehen, zeigte kurz ein Bild ihrer Enkelin, um deren Ähnlichkeit mit den eigenen Jugendbildern zu betonen und brachte dann wieder Bilder aus zum Teil längst vergangener Zeit, von ihren Eltern, von sich selbst und von ihren zerstörten Häusern, deren Verlust sie nicht verwinden kann. Auch den Verlust ihres Mannes vor nunmehr 16 Jahren hatte sie noch nicht verarbeitet. Sie klagte darüber so ungehemmt, dass in den kurzen Notizen des Ambulatoriums der Klinik vermerkt stand, dass sie ihren Mann anscheinend erst ganz kürzlich verloren habe. Das offensichtliche Zurschaustellen ihres Schmerzes berührte den Zuhörer etwas peinlich.

Der Gedankengang war weitschweifig, umständlich und unwendig, ihre Ausführungen waren nicht zu unterbrechen, und sie neigte zum Festhalten des einmal eingeschlagenen Themas. Beharrlich begann sie am Nachmittag bei einem zweiten kurzen Besuch ihre ganze Geschichte noch einmal von neuem, mit den gleichen Photographien, den gleichen Worten und dem gleichen, bald weinerlichen, bald freudig gehobenen Affekt, so dass fast der Eindruck einer aufgelegten "Platte" entstand. Sie erinnerte sich nicht mehr daran, dass sie kurz zuvor alles schon einmal erzählt hatte und bat auch immer wieder stürmisch um ihre baldige Entlassung, obwohl die Untersucherin ihr mehrfach erklärt hatte, dass sie aus einer anderen Klinik komme und daher auf ihre Entlassung keinerlei Einfluss habe. Eingebaute Scherzfragen konnte die Patientin nicht beantworten und Scherze und Wortspiele erfasste sie nicht, auch dann nicht, wenn man sie ihr erklärte.

Erwähnenswert ist unter anderem noch eine beiläufige Bemerkung der Patientin, dass sie seit mehreren Jahren keine Kartoffeln mehr anbaue, da einmal Kartoffelkäfer darauf gewesen seien. Obwohl sie diese damals durch Kinder habe ablesen lassen, sei doch ihr Ekel zu stark.

Ausserdem gab die Patientin der Untersucherin die Abschrift eines Briefes zu lesen, den sie vor 2 Jahren, zum Dank für die Erwähnung ihres 70. Geburtstages, an das Lokalblatt geschrieben hatte. Sie äusserte darin, sie nehme nun den Verlust ihres dortigen Hauses hin, als ein Opfer für die Allgemeinheit. Denn durch das kurze Gefecht, das zu seiner Vernichtung führte, seien die amerikanischen Truppen so lange aufgehalten worden, dass mittlerweile Widerstandskämpfer die Macht in der benachbarten

Kreisstadt ergreifen konnten. Diese sei daraufhin kampfflos übergeben worden und so -durch der Patientin Opfer- vor der Zerstörung bewahrt geblieben.

Wie schon erwähnt, gab die Patientin an, seit ihrer Abwesenheit von zu Hause und dem "verseuchten Bett" weder das Ungeziefer noch irgendwelches Jucken oder andere lästige Hautempfindungen zu verspüren. Sie rief ihre Zimmergenossinnen als Zeugen dafür auf, dass sie sich seither nicht mehr gekratzt habe. Trotzdem war, bei der Art ihres Auftretens und ihrem Wunsch, bald entlassen zu werden, eine Dissimulation nicht mit Sicherheit auszuschliessen. Von dem früheren Vorhandensein der Tiere war die Patientin felsenfest überzeugt. Sie zeigte die mittlerweile in Abheilung begriffenen Kratzeffekte als Spuren der Tätigkeit der Tiere und ausserdem eine Menge abgekratzter alter Krusten, die sie, als "abgestorbene Tiere", in einer Papierserviette von zu Hause mitgebracht hatte. Sie bezeichnete daran erkennbare blutig gefärbte Pünktchen als "Tiere" und deren durchsichtigere Umgebung als "Puppe" und blieb starr bei dieser Deutung, auch als man ihr mittels einer Lupe zeigte, dass es nur gewöhnliche Krusten waren. Sie hörte auf die Einwände gar nicht hin und reagierte auf den Widerspruch mit vorübergehendem, oft fast etwas feindselig gefärbtem Misstrauen.

Ihre Zimmergenossinnen schienen zum Teil von ihrem Auftreten sehr beeindruckt. Doch eine skeptische alte Berlinerin murmelte halb vor sich hin: "So geht das nun den ganzen Tag! Und immer nur von sich!"

Bei der Patientin vermischen sich hypomanische, geltungssüchtig-hysterische und hirnanorganische Züge zum Bild einer betriebsam-enthemmten, geltungssüchtig-theatralischen und beschränkten Persönlichkeit, deren Denken und Handeln im wesentlichen um das eigene Ich, um die in der Vergangenheit erlittenen Schicksalsschläge und besonders um das Wohlbefinden des eigenen Körpers kreist. Die Angst, dieses könnte durch das, wie sie befürchtete, verunreinigte Bettzeug (sie scheint einen starken Ekel vor Ungeziefer zu haben) gestört werden, führt dazu, dass sie entweder einen bisher nicht sehr beachteten, vielleicht tatsächlich um diese Zeit herum erst aufgetretenen, Pruritus (eventuell zentraler Entstehung) wahnhaft im Sinne einer Ansteckung mit Ungeziefer deutet oder die ständig gegenwärtigen geringen Hautempfindungen im selben Sinne überbewertet und illusionär erkennt.

Ihr hypomanisches Temperament findet im Kampf gegen das Ungeziefer

ein breites Tätigkeitsfeld, und ihr Hang zum Darstellerischen findet seine Befriedigung im zur Schau stellen ihres zerkratzten und mit blutigen Krusten bedeckten Körpers, der zum aufdringlichen und offenbaren Symbol wird für das Übel, das sie befallen hat. Die Anlage zum Rechthaberischen und die durch den intellektuellen Abbau verstärkte Beschränktheit und Unfähigkeit, sich auf Neues umzustellen, machen es ihr unmöglich, sich von der einmal gewonnenen wahnhaften Überzeugung zu distanzieren: Nur das Verschwinden des "Ungeziefers" in anderer, nicht "verseuchter" Umgebung ist möglich, weil dies ja zur Aufrechterhaltung ihres Wahns notwendig ist.

Die wenigsten der Patienten lassen sich zu einer psychiatrischen Behandlung überreden. Deshalb lassen sich aus der Zahl der Kranken, die der Psychiater zu Gesicht bekommt, keine Schlüsse über die tatsächliche Häufigkeit des Dermatozoenwahns ziehen. Ein grosser Teil der Kranken behandelt sich selbst und sucht darin allenfalls Unterstützung bei den Desinfektionsanstalten. Andere wenden sich an ihren Hausarzt, wenden sich aber nach einiger Zeit enttäuscht wieder ab, wenn sie dort keine Hilfe und für ihren Wahn keinen Glauben finden. Ein sicher nicht geringer Teil sieht jedoch, logischerweise, den gemässen Behandlungsort in der Hautklinik. So wurden in den letzten vier Jahren insgesamt 18 Patienten mit Dermatozoenwahn vom Ambulatorium der Münchner Dermatologischen Universitätsklinik beobachtet, bei einer Gesamtzahl von rund 52 000 ambulanten Patienten in der selben Zeit. Da unter den letzteren viele chronische Fälle sind, die während mehrerer Jahre in Behandlung stehen, aber mit Beginn eines neuen Jahrganges wieder als "Neuzugänge" geführt werden, lässt sich keine genaue zahlenmässige Beziehung zu den wirklichen Neuaufnahmen ermitteln. Auf jeden Fall ergibt sich jedoch, dass die Zahl der Patienten, die wegen eines Dermatozoenwahns erstmals in Behandlung kamen, weniger als 1 ‰ der Neuaufnahmen insgesamt ausmachen dürfte, dass aber andererseits alljährlich mit Sicherheit mehrere Fälle von Dermatozoenwahn beobachtet werden können.

Zu einer psychiatrischen Untersuchung erklärte sich keiner der genannten Patienten bereit. Die folgenden Angaben beziehen sich auf ihre seinerzeitigen Angaben in der Hautklinik und zum Teil auf schriftliche Mitteilungen auf unsere Anfragen hin.

Unter den 18 Patienten überwiegen wieder bei weitem die Frauen. Das Verhältnis ist 13:5 (unter Zuzählung der soeben beschriebenen Fälle ist

es 18:6, das sind also 25% Männer, ungefähr der selbe Prozentsatz (22,5%), der sich bei den von BERS und CONRAD überblickten Fällen ergibt).

Die Männer waren bei Beginn der Erkrankung 74, 52, 35, 34 und 26 Jahre alt, also zum überwiegenden Teil bedeutend jünger, als es im Durchschnitt die Frauen sind. Vier von ihnen waren deutlich psychisch auffällig und zeigten zum Teil noch psychische Störungen ausserhalb des Dermatozoenwahns.

Der 74-jährige wirkte ausgesprochen senil. Er war geschieden und lebte, da er mit allen Nachbarn "zerkriegt" war, völlig zurückgezogen. Er klagte über Hautjucken, das durch "Viecher" verursacht werde, sah "weisse Krätzemilben fliegen" und hörte die "Fliegen", wie er sie bei anderer Gelegenheit wieder nannte, "surren". Von Seiten der Hautklinik wurde seine sehr trockene, schilfernde, stark atrophische Haut als Quelle des Pruritus betrachtet, doch dürfte, bei dem massenhaften Auftreten von Trugwahrnehmungen auf verschiedenen Sinnesgebieten, eine chronische Halluzinose im Rahmen der senilen Demenz -bzw. der sonstigen, dem Krankheitsbild zu Grunde liegenden cerebralorganischen Störungen wahrscheinlicher sein. Der Patient ist mittlerweile verstorben.

Ein 52-jähriger Landwirt befürchtete zunächst, an einer Syphilis zu leiden und liess deshalb eine WaR vornehmen, die ein negatives Ergebnis brachte. Ausserdem fiel bei ihm damals eine starke Bazillenfurcht auf; er fürchtete, sich durch Krankheitskeime am Klinikfussboden, den Kliniken und anderen Gegenständen zu infizieren. Kurz darauf sprang ihm zu Hause eine Katze in den Nacken, und seither befürchtete er, von dieser mit Ungeziefer angesteckt zu sein und empfand schliesslich Krabbeln und Beissen am ganzen Körper, das er als Ungeziefer deutete. In der Hautklinik wurde als Diagnose "Syphiliphobie, Bakteriophobie, Dermatozoophobie" vermerkt; inwieweit eine solche oder ein wirklicher Wahn (der in der Hautklinik ebenfalls als Dermatozoophobie bezeichnet wird) vorlagen, kann von uns natürlich nicht sicher entschieden werden. Der Patient schrieb uns, dass er sich jetzt "viel besser fühle und fest arbeiten könne", was demnach damals auch nicht der Fall gewesen war. Es ist möglich, dass diesem "zwangsneurotisch" anmutenden Krankheitsbild eine endogene Psychose zugrunde lag.

Ein 40-jähriger Fuhrunternehmer litt seit dem 35. Lebensjahr daran, dass er "ständig von irgendwelchen Tieren gestochen werde", besonders

im Gesicht und an der Stirn-Haargrenze. Auf Megaphenbehandlung trat eine gewisse Besserung ein.

Interessant ist der, allerdings von den typischen Krankheitsbildern abweichende, Fall eines 34-jährigen Berliner Journalisten, der vom Gesundheitsamt eingewiesen worden war. Er behauptete, an Krätze zu leiden und hatte sich selbst mit Jacutin behandelt; es fanden sich jedoch, ausser einigen Follikulitiden, keine Anzeichen irgendeiner Hauterkrankung. Er bot das Bild einer maniformen Psychose mit -angeblich zerfahrener-Logorrhoe. In einem entsprechend abgefassten Schriftstück bezichtigte er sich selbst als Ansteckungsquelle für die Bevölkerung. Die vorgeschlagene Behandlung in der Nervenklinik lehnte er explosiv ab. Er beabsichtigte, nach Österreich auszuwandern. - Dieser Fall bietet insofern gewisse Ähnlichkeit mit dem v. HALLERs, als sich bei beiden eine Mischung von expansiven Ideen mit einer Art von Schuldgefühlen findet: in einem Fall fühlt sich der Patient als Gefahrenquelle, die sogar die Beobachtung des Ministers des Innern finden muss, beim Fall v. HALLERs betrachtete sich die Patientin als eine Ansteckungsquelle, die, über den angeblich angesteckten Knecht, die ganze Wehrmacht zu verseuchen drohte.

Ein jetzt 35-jähriger Bauernsohn aus dem Niederbayerischen leidet seit nunmehr 9 Jahren an Jucken, zunächst an Händen und Armen und in geringem Mass auch an anderen Körpergegenden, das zwei Jahre später auch die Kopf- und Gesichtshaut ergriffen hat. Nur zeitweise trat es verstärkt auf. Er glaubte, dass es sich um Krätze handle, behandelte sich unaufhörlich selbst und studierte medizinische Literatur. In der Hautklinik machte er seinerzeit einen "deutlich psychogenen, wenn nicht psychotischen Eindruck". Er hat sich auch mittlerweile nicht von seinen Ideen distanziert, sondern schrieb uns, mit relativ gebildet wirkender Schrift, und gewandter Ausdrucksweise, er bäte darum, "seine Akten aufzuheben, da sein Fall noch lange nicht abgeschlossen sei" und erwähnte voll Stolz, dass er, trotz der Warnungen der Ärzte, in den letzten Jahren über 30 kg Jacutin auf seinem Körper verrieben habe, was von diesem ausgezeichnet getragen worden sei.

Das Durchschnittsalter der Frauen zur Zeit des Krankheitsbeginnes betrug 61,5 Jahre (es liegt also höher als die von BERS und CONRAD ermittelte Zahl von 53 Jahren), die älteste Patientin war 82 Jahre, die jüngste 42 Jahre alt und die einzige unter 50 Jahren.

Die 82-jährige Patientin, die über Jucken am ganzen Körper, besonders am Kopf und in der Vagina, klagte, hatte zur Zeit der Untersuchung nur 53% Hämoglobin und ist wenige Monate später an uns nicht bekannter Ursache verstorben. Die Annahme, dass ein zu der schweren Anämie führendes körperliches Leiden auch Ursache des Juckreizes war, der dann wahnhaft gedeutet wurde, liegt hier nahe.

Eine weitere, 65-jährige, Patientin hatte nur während vier Wochen an Juckreiz und Ekzem gelitten und als deren Ursache Hühnermilben angeführt. Nach mehrtägiger Behandlung mit Soventol, Bellergal und Haarspiritus war sie beschwerdefrei und blieb dies in den seither verstrichenen drei Jahren. Allerdings bezeichnet sie auch jetzt noch Hühnermilben als die Ursache der damaligen, für sie heute völlig abgeschlossenen Erkrankung.

Eine 64-jährige Patientin, deren Vater an Asthma und deren Schwester an Diabetes litt, leidet selbst an Asthma und seit dem Klimakterium an zeitweise auftretenden, depressiven Verstimmungen, die seinerzeit, als sie in Behandlung der Hautklinik stand, so ausgeprägt waren, dass von seiten der konsultierten Nervenklinik eine stationäre Behandlung vorgeschlagen worden war, zu der sich die Patientin jedoch nicht entschliessen konnte. Sie litt seinerzeit an Jucken und Stichen am behaarten Kopf und im Gesicht. Nach einem vorübergehenden Ortswechsel (Hopfenzupfen) verschwanden die Beschwerden für eineinhalb Jahre. Vor kurzem sind sie jedoch, wie sie uns schrieb, wieder aufgetreten, gleichzeitig mit "grossen nervösen Erschöpfungszuständen und geistiger Ermüdung" und Schlafstörungen. Anscheinend besteht also zur Zeit wieder eine erneute -dem Tonfall ihres briefes nach ängstlich-agitierte- Depression. Auch eine starke Seh- und Hörschwäche wird angegeben. Ein Zusammenhang des Dermatozoenwahns mit der -endogen, organisch oder reaktiv bedingten- hypochondrisch-depressiven Verstimmung scheint hier wohl vorzuliegen.

Eine 42-jährige Patientin, die früher mit Rheumatismus und mit der Galle zu tun gehabt hatte, verspürte nach einer Bahnfahrt Jucken am Kopf, das sich nach Selbstbehandlung mit einem "Läusepuder" auf den ganzen übrigen Körper ausgebreitet habe. Auch ihre beiden Kinder sind nach ihrer Meinung von dem selben vermeintlichen Ungeziefer befallen. Bei der Patientin fanden sich zahlreiche Kratzeffekte und -narben am ganzen Körper. Wie sie uns schrieb, dauern bei ihr und ihren beiden Kindern die Beschwerden nun seit fast vier Jahren unverändert fort.

Eine weitere Patientin wurde mit 53 Jahren wegen einer Urticaria im Bereich der Gürtellinie und der Oberschenkel behandelt. Nach vier Jahren kam sie wieder und klagte über seit längerem bestehendes Jucken und Krabbeln am ganzen Körper. Sie erklärte, auch weiße und schwarze Würmer zu sehen, die die Ursache des Juckreizes seien, der so heftig sei, dass sie nachts nicht mehr schlafen könne. Ob und inwieweit die sichere Urticaria den Dermatozoenwahn einleitete oder ohne Zusammenhang mit der Psychose vorher auftrat, ist nicht ersichtlich. Leider war es nicht möglich, mit der Patientin erneut Verbindung aufzunehmen.

Besonders erwähnenswert ist der Fall einer 61-jährigen, verwitweten und arbeitslosen Patientin in sehr ungünstigen äusseren Verhältnissen, die angab, seit knapp zwei Monaten an Jucken und Stechen zu leiden, vor allem am Kopf - wo an dieser Stelle auch die Haare etwas ausgegangen seien, - aber auch am übrigen Körper, das von Ungeziefer herrühre, welches sie mit Petroleum bekämpfte. Die Patientin war in stark reduziertem Allgemeinzustand und wirkte sehr nervös und überreizt. Sie erhielt Neurobellal und Soventol und erklärte daraufhin schon nach wenigen Tagen, dass es ihr viel besser gehe und sie "gesponnen habe", als sie sich, allen gegenteiligen Versicherungen zum Trotz eingebildet habe, an Ungeziefer zu leiden. Hier distanzierte sich die Patientin also spontan und völlig von ihren Wahnideen, die sie als etwas Krankhaftes erkannte, sobald der psychische Zustand, der die wahnhafte Deutung begünstigt hatte, durch medikamentöse Behandlung gebessert worden war. Es bestand bei ihr tatsächlich eine geringgradige Alopecie, deren Entstehung von Seiten der Hautklinik mit dem schlechten Allgemeinzustand der Patientin in Zusammenhang gebracht wurde, und die durch die Selbstbehandlung verschlimmert worden war.

Eine weitere Patientin erschien zuerst in ihrem 59. Lebensjahr und gab an, dass ihre Umgebung, besonders ihr Mann, behaupteten, dass sie Läuse habe. Zwei Jahre später, mit 61 Jahren, erschien sie erneut mit der Behauptung, Läuse auf dem Kopf zu haben, weshalb sie die Haare wöchentlich mit Sagrotan wasche. Wenn diesmal auch sie selbst die Überzeugung hatte, Läuse zu haben, so erklärte sie jedoch wiederum, die Leute redeten deshalb über sie, flüsterten und kratzten sich in ihrer Gegenwart demonstrativ am Kopf. Sie klagte über seit längerer Zeit bestehende Kopfschmerzen und Erbrechen. Die ihr vorgeschlagene Behandlung in der Nervenklinik wurde von ihr abgelehnt. Die War war

negativ. Dieser Fall fällt deutlich aus dem Rahmen der übrigen. Hier bestand zunächst nur der Gedanke, dass andere Leute den Verdacht hatten bzw. behaupteten, dass sie Läuse auf dem Kopf habe. Das liesse sich vielleicht so deuten, dass die Patientin empfand, dass sie sich ihrer Umwelt entfremdete und dieses Gefühl des Gemiedenseins damit erklärte, dass man glaube, sie sei mit ekelerregendem Ungeziefer behaftet. Sie selbst war zunächst hiervon nicht überzeugt, sondern schob diese Annahme ausdrücklich, nach Art einer "Projektion nach aussen", ihrer Umgebung zu. Erst im weiteren Verlauf setzte sich bei ihr die Überzeugung, tatsächlich von Läusen befallen zu sein, wirklich fest, aber auch dann noch bilden, anstelle der sonst üblichen Bekämpfungsmassnahmen -die bei ihr höchst massvoll sind- ausgeprägte Beziehungsideen den eigentlichen Inhalt der Psychose. Inwieweit sich zu diesem interessanten psychotischen Bild schizophrene (und vielleicht auch melancholische) Züge mit reaktiven -die Ehe scheint nicht glücklich zu sein- und cerebralorganischen mischen, kann ohne genaue Untersuchung der Patientin natürlich nicht entschieden werden.

Eine 67-jährige Patientin gab starkes Jucken im Analbereich an, das sie auf Oxyuren zurückführte. Es fand sich ein Scheidenprolaps, der für den Pruritus verantwortlich gemacht wurde. Ausserdem klagte die Patientin über rheumatische und Gallebeschwerden.

Bei den übrigen fünf Patientinnen bestand dreimal Juckreiz am Kopf, davon einmal noch zusätzlich am übrigen Körper, einmal nur am Stamm, einmal nicht am behaarten Kopf und Rücken, aber am gesamten übrigen Körper, der mit Kratzeffekten und Narben bedeckt war. Einmal handelte es sich um eine aus nicht bekannten Gründen schon mit 54 Jahren invalide ehemalige städtische Beamtin, in den übrigen Fällen um Hausfrauen.

Was das zeitliche Auftreten betrifft, so erkrankten von den 18 Patienten je 7 im ersten Halbjahr 1953 und im zweiten Halbjahr 1954. Die übrigen vier Patienten erkrankten teils längere Zeit vorher, teils über ein Jahr später. Ob dieser zweimaligen auffälligen Häufung nur ein Zufall zugrunde lag oder ob sie durch uns einstweilen noch unbekannte Faktoren bedingt war, muss dahingestellt bleiben.

Im Folgenden sollen die verschiedenen Störungen, die einem Dermatozoenwahn (D.) zu Grunde liegen oder wenigstens zu seiner Ausgestaltung beitragen können, im einzelnen untersucht werden. Vorher sollen jedoch ähnlich aussehende Erscheinungen, die bei Gesunden beobachtet werden, in ihrer Entstehung besprochen und vom eigentlichen D. abgegrenzt werden.

SACK hat die Haut als den bei weitem bewusstseinsfähigsten Teil des Körpers bezeichnet. Ausserdem sind bei ihrer exponierten Lage Reizungen (durch Kleidung, Luftzug usw.) in grösserer oder geringerer Intensität immer vorhanden. Das Aufmerksamkeitsquantum, das für diese zur Verfügung steht, ist in der Regel jedoch so gering, dass sie unbewusst verarbeitet werden. Wenn nun, durch ein einmaliges ekelerregendes Erlebnis oder bei längerem Aufenthalt in ekelerregender Umgebung, die Befürchtung entsteht, mit Ungeziefer infiziert zu sein, werden die Haut und die von ihr ausgehenden Sinneswahrnehmungen ins Zentrum des Bewusstseins gerückt und die letzteren daher verschärft wahrgenommen und als aufdringlich und quälend empfunden. Sie werden mit Kratzen, Reiben und dergl. beantwortet und dadurch eher noch verstärkt, wodurch wieder die Befürchtung, tatsächlich von Ungeziefer befallen zu sein, weitere Nahrung erhält. Auch ein Gesunder kann auf diese Weise vorübergehend einmal der Meinung sein, bei einer entsprechenden Gelegenheit tatsächlich Ungeziefer erworben zu haben. Dies ist gar nicht so selten, z.B. bei Ärzten und Pflegepersonal, die mit entsprechenden Patienten zu tun haben. Auch das "bei empfindlichen Personen" nach der Heilung einer Scabies öfters noch einige Zeit fortbestehende Hautjucken (SCHÖNFELD) könnte evtl. hierher gehören. Ferner wurden bei den Armeen, die im letzten Krieg in Russland oder auf dem Balkan eingesetzt waren und unter starkem Ungezieferbefall litten, übereinstimmend beobachtet, dass die Soldaten das Ungeziefer nach der Entlausung noch einige Zeit zu verspüren vermeinten. Diese Missempfindungen verblassten und verloren sich erst allmählich. Diese Erscheinung kann, wie oben beschrieben, psychologisch erklärt werden. Es ist aber, bei ihrer so allgemeinen und unterschiedslosen Verbreitung, vielleicht auch eine physiologische Deutung denkbar. Etwa analog der "Bahnung" der Eigenreflexe durch Willkürinnervation des betreffenden Muskels oder der Einschleifung bedingter Reflexe könnte die über lange Zeit anhaltende intensive Hinwendung des Bewusstseins auf die Wahrnehmung bestimmter, sehr häufiger Hautreize einen verstärkenden Einfluss

auf die Wahrnehmung ähnlich gearteter aber geringer, sonst vom Bewusstsein nicht registrierter Reize haben.

Es können also auch bei Gesunden unter bestimmten Umständen einmal vorübergehend die irrtümliche Auffassung, von Hautparasiten befallen zu sein, und die zugehörigen Missempfindungen auftreten. Wenn diese Auffassung aber zur unkorrigierbaren Überzeugung wird und als solche, allen Aufklärungsversuchen durch den Arzt und allen Versicherungen der Umgebung zum Trotz, über Wochen und Monate oder sogar Jahre unverändert fortbesteht und das Denken und Handeln der betreffenden Personen weitgehend ausfüllt, dann muss man von einem eigentlichen Dermatozoenwahn sprechen.

Ein solcher kann auf zwei verschiedenen Wegen zustande kommen: Entweder entsteht bei einer neurotischen oder psychotischen Persönlichkeit auf Grund dieser krankhaften Persönlichkeitsveränderung und entsprechender Komplexe (evtl. auch entsprechender Erlebnisse) die Befürchtung oder auch gleich die Überzeugung, Ungeziefer erworben zu haben, und aus dieser heraus dann, durch gesteigerte Beachtung und illusionäre Verkenntung stets vorhandener geringer Hautreize oder in Form von Halluzinationen, die zugehörigen Missempfindungen.

Oder aber es werden entsprechende Missempfindungen der Haut verschiedenen Ursprungs sofort oder erst nach längerem Bestehen wahnhaft gedeutet als Folge eines Befalls mit Ungeziefer.

Es ist auf diese Weise, wie HARBAUER es formuliert hat, ein D. überall dort möglich, wo sich Hautsensationen mit einer chronisch oder episodisch veränderten **Persönlichkeit verbinden**.

Nach den bisherigen Beobachtungen scheint die erstgenannte Entstehungsweise nicht sehr häufig vorzukommen. Ihr dürfte einmal ein Teil der Prozesspsychosen zugehören, in deren Rahmen ein D. auftritt, - meist nur als eines von vielen Symptomen und ausserdem in bizarrer Form, so dass das Krankheitsbild sich mehr oder weniger deutlich von dem für einen D. typischen unterscheidet.

Z.B. der Fall 5 von FRIDERICH könnte auf diese Weise erklärt werden: Die Patientin (bei der die Diagnose "Paraphrenie bei schizoider Psychopathie und hirnatrophiischem Prozess" gestellt wurde) fühlt sich seit einer Vergewaltigung in der Jugend "beschmutzt"; nach Ausbruch der Psychose spürte sie zunächst in der Vagina und im Darm allerlei "Kleinleben", später zusätzlich sich über den ganzen Körper ausbreitendes Jucken.

Des weiteren entstehen auf die erstgenannte Weise alle Fälle von psychischer Induktion, die beim D. ziemlich häufig beobachtet wurde (MACNAMARA, WILHELM, TUCHEL, v. HALLER, DÖHRING, WILSON). Hierbei handelt es sich - wenigstens soweit mit Sicherheit eine Induktion und nicht eine gleichartige psychische Störung auf Grund der Vererbung vorliegt - immer um eine rein psychogene Störung, wie auch von FLECK hervorgehoben wurde. Neben der Befürchtung, vom selben Ungeziefer angesteckt zu sein wie der Kranke, spielt hier auch noch die dauernde Suggestion durch den Anblick und das sonstige Verhalten des Kranken mit. Diese sind meist im Verhältnis zum Induzierten energische und tatkräftige Persönlichkeiten, die ihm den Wahn, z.B. durch dauernde Schilderungen ihrer Beschwerden und die Frage, ob er dieselben nicht auch schon spüre, oft förmlich aufzwingen, wie dies u.a. v. HALLER sehr anschaulich geschildert hat. Wird jedoch die enge Lebensgemeinschaft zwischen dem Wahnkranken und dem induzierten Partner abgebrochen, so distanziert sich der letztere gewöhnlich rasch und vollständig von den Wahnideen.

Da also sowohl beim Gesunden, als auch beim Induzierten, sobald er der Einflussphäre des Wahnkranken entronnen ist, ein unkorrigierbarer und anhaltender D. nicht möglich ist, müssen für dessen volle Ausbildung auf psychogenem Weg und sein Bestehenbleiben über längere Zeit auch noch andere als die bisher genannten Momente mitspielen, die in der anlagemässigen Reaktionsgemeinschaft der betreffenden Persönlichkeit, in bestimmten Komplexen und in der äusseren Situation liegen können.

Bei unserer Patientin Barbara Th. fanden sich z.B. nicht nur eine Psychose und abnorme Persönlichkeiten, sogar eine einschlägige Belastung (psychogen fixiertes Hautjucken) in der Familie, sondern auch sie selbst reagierte im Lauf ihres Lebens auf äussere Schwierigkeiten wiederholt mit psychisch bedingten Organstörungen. Auf diese Reaktionsbereitschaft traf eine entsprechend wirkende äussere Situation, in der sich Furcht vor Ansteckung und ständige Suggestion durch den Anblick der beiden Hautkranken mit ihrer allgemein bedrückenden Lage und den daraus resultierenden Flucht- und Aggressionstendenzen (deren Wirksamkeit weiter unten noch besprochen werden soll) mischten, wobei möglicherweise im Hintergrund noch der Wunsch mitspielen mochte, durch die offensichtliche und hartnäckige Erkrankung den ersehnten Ortswechsel zu erzwingen. - Sie gehörte nebenbei zu den seltenen Fällen mit ausgeprägten Hauter-

scheinungen, die primär und nicht erst als Reaktion auf die "Behandlung" auftraten. Diese "demonstrativen" Hauterscheinungen scheinen sich in Fällen, bei deren Entstehung psychogene Faktoren wenigstens mitspielen, öfter zu finden, so z.B. auch bei unserer Patientin Paula F., deren Lebensinhalt in den letzten Jahren, wenn man es einmal absichtlich überspitzt formuliert, im "Zurschautragen des Leides", das sie betroffen hatte, bestand.

Bei WILSONs einschlägigen Fällen ist nicht die Persönlichkeit, sondern nur die äussere Situation bekannt; bei beiden wurde so lange an der Überzeugung festgehalten, durch unerwünschte, aber aus Gründen der patriotischen Pflicht nicht zu umgehende Einquartierung Ungeziefer erworben zu haben, bis die betreffenden Mieter wieder ausgezogen waren. Dann erlosch der Wahn prompt, nachträglich berichtet wurde er jedoch anscheinend nicht. Ob und inwieweit bei diesen Fällen eventuell bewusste Simulation mitspielt, kann ohne ihre genauere Kenntnis selbstverständlich nicht beurteilt werden.

Manche dieser Krankheitsbilder zeigen Übergänge zu einer echten "Dermatozoophobie", bei der, wie gesagt, die im grossen und ganzen als unsinnig erkannte Befürchtung, Ungeziefer erworben zu haben bzw. erwerben zu können, eine ganze Fülle von Zwangshandlungen, vor allem -Waschungen, mit sich bringt. Dieses bei flüchtiger Betrachtung äusserlich sehr ähnliche Krankheitsbild kann sich bei anankastischen Psychopathen, aber auch in manchen Fällen von leichter Melancholie oder im Beginn einer Schizophrenie finden. Hierbei ist es theoretisch möglich, dass aus der anfänglichen Phobie ein Wahn wird, zu dem sich allmählich zunehmend weitere schizophrene Züge gesellen. Hier liegt die einzige Möglichkeit einer Ausnahme von der Regel, dass sich aus einem D. keine typische andersartige Psychose entwickelt. Ein entsprechender Fall wurde bisher nicht veröffentlicht; bei einem der Patienten aus der dermatologischen Klinik, der an verschiedenen -anscheinend erst neuerdings aufgetretenen- Phobien und einer Dermatozoophobie oder einem Dermatozoenwahn litt, könnte diese Möglichkeit aber mit in Betracht gezogen werden.

Während also bei der eben beschriebenen ersten Gruppe die Hautmissempfindungen erst sekundär, durch eine krankhaft veränderte seelische Einstellung, entstanden sind, sind sie bei der zweiten, nun zu besprechenden Gruppe das Primäre und werden auf Grund einer krankhaft veränderten Persönlichkeit wahnhaft verarbeitet. Eine scharfe Trennung bei-

der Gruppen ist nicht möglich. Es gibt fließende Übergänge, so z.B. dass ein vorher kaum beachteter leichter Pruritus erst durch eine veränderte seelische Einstellung Gewicht gewinnt und seinerseits wieder den Wahn unterbaut, oder dass die Missempfindungen und die Persönlichkeitsveränderungen, die zu ihrer wahnhaften Missdeutung führen, dem selben Krankheitsprozess entstammen, wovon später noch die Rede sein wird.

Zunächst sollen die möglichen Ursachen eines Pruritus und ähnlicher Missempfindungen, die einem D. zu Grunde liegen können, besprochen werden.

Nach SACK ist bei pathologischen Hautphänomenen deren psychische Bedingtheit mindestens so häufig, wenn nicht häufiger, wie bei irgend-einem anderen Organ oder Organsystem.

WITTKOWER bezeichnet psychosomatische Störungen als Äusserungen des emotional nicht Angepassten (ohne dass sich aber bei jedem dieser Menschen deshalb eine Erkrankung entwickeln muss). Nach seiner und anderer Autoren Meinung ist eine überraschende Univormität im Bereich fokaler Konflikte bei einer grossen Zahl Kranker mit dem selben Leiden festzustellen.

Demgegenüber glauben STERN und andere Autoren wieder nicht, dass man generell für einzelne Hautaffektionen spezifische Konflikte oder Charaktereigentümlichkeiten auffinden kann.

Was die Organwahl betrifft, so ist WITTKOWER der Ansicht, dass wahrscheinlich bestimmte Hauttypen bestimmten Persönlichkeitstypen entsprechen, was einer Anlehnung an KRETSCHMERS Auffassung nahe kommt und auch mit der Ansicht SCHALTENBRANDs übereinstimmt, dass sich viele Gemeinsamkeiten zwischen Haut und Nervensystem, charakterologischen Eigentümlichkeiten und Reizbarkeit wie Erregbarkeit der Haut durch die Tatsache der gemeinsamen Entwicklung aus dem Ektoderm erklären lassen.

Nach BORELLI, SACK und anderen Autoren ist die Haut in ihrer psychologischen Bedeutung ein Grenzorgan zwischen Ich und Umwelt, zugleich ein Kontaktorgan zur Umwelt; sie ist ein Ausdrucksorgan für die Darbietung an die Umwelt, z. B. vermittelt Erröten, Schwitzens und dergleichen als Teilstücken der Emotionen, Erregung, Wut, Furcht usw., ein "somatischer Ort des Exhibitionismus", wie amerikanische Autoren sagen,

und andererseits ein Eindrucksorgan für den Beschauer vom ästhetischen Standpunkt (wie "schön", "sauber", usw.), und schliesslich ist die Haut ein Sinnesorgan, über das Reize aufgenommen werden: alle Qualitäten des Tastsinns, Wärme, Kälte und Schmerz, ausserdem Empfindungen wie Jucken, Kitzeln, Brennen usw., deren Zustandekommen noch nicht endgültig geklärt ist.

Das Jucken wird heute aufgefasst als Folge unterschwelliger Reize der Schmerznervenendigungen in der Epidermis (v. FREY, zit. nach REIN), nach BORELLI sind diese kombiniert mit dem Kitzeln, einer Reizung des Hautdrucksinns.

Nach BORELLI sind für den psychogenen Juckreiz in erster Linie drei Komplexe verantwortlich: der der Erotik, der Sauberkeit und der Aggression.

Auf die Häufigkeit der neurotischen Bedingtheit eines Pruritus genitalis braucht nicht mehr hingewiesen zu werden, und ein solcher könnte wohl gelegentlich die Grundlage eines im Genitalbereich lokalisierten D. sein.

Die Rolle der Sauberkeit -wörtlich und im übertragenen Sinn- wurde bereits erwähnt (unser Fall Paula F. und FRIDERICHs Fall 5).

Kratzen kann Ausdruck einer des Auswegs beraubten Aggressivität sein, indem der Antrieb zu feindseligen Impulsen auf diesem Weg auf die Person selbst zurückfällt und sich auf die leicht erreichbare eigene Haut richtet, auch wenn die Umwelt gemeint ist. SACK sah hier die Gemeinsamkeit zwischen Aggression und Fluchttendenz, wie z.B. Tiere bei Unmöglichkeit der Realisation der letzteren zum Angriff übergehen.

Diese Mischung von Aggressions- und Fluchttendenzen dürfte wohl auch die Hauptrolle spielen bei Beobachtungen von KAPOSÍ und von MIKOREY. KAPOSÍ führt als psychische Faktoren für das Zustandekommen eines Pruritus unter anderem an Aufregungen, Zorn, Ungeduld, das gezwungene Ausharren bei einer bestimmten Beschäftigung, an einem bestimmten Ort, in einer bestimmten Gesellschaft. Hier ist das gleichzeitige Vorhandensein von Fluchttendenzen und feindseligen Impulsen gegen die Umgebung deutlich. Ganz ähnlich beobachtete MIKOREY mehrfach das Auftreten nicht nur von Pruritus, sondern von ausgeprägten Hauterscheinungen, wie hartnäckigen Ekzemen und der-

gleichen, bei Personen, die sozusagen chronisch in einer Situation festgehalten wurden, aus der sie innerlich wegdrängten. - Der Volksmund hat mit Redewendungen wie: "Aus der Haut fahren wollen", "auf Kohlen sitzen", "es brennt einem der Boden unter den Füßen" und vor allem "kribblig werden" treffend ausgedrückt, dass dem Betroffenen "nicht wohl in seiner Haut ist".

Häufig liegen einem Pruritus interne Erkrankungen zugrunde. MARCHIONINI erwähnt besonders Ikterus, Diabetes, Leukämie und Hodgkin. Es gibt dabei zwei verschiedene Möglichkeiten: Das Jucken kann seinen Ursprung in der Haut haben oder es kann zentral entstehen, was z.B. beim Diabetes und bei der Urämie vermutet wird. Die Möglichkeiten dieser zentralen Entstehung des Pruritus sollen weiter unten eingehend besprochen werden.

Das krankhafte Jucken hat vielfach seine Ursache in abnormen chemischen Vorgängen im Epithel (REIN). SCHACHTER und BROADBENT bezeichnen als "adaequaten Reiz" für diese periphere Entstehung des Juckens das Freiwerden von Histamin in den oberflächlichen Hautschichten, wie dies z.B. bei den allergischen Reaktionen bekannt ist und von SCHACHTER auch als Wirkung der Gallensäuren nachgewiesen wurde.

Innere Erkrankungen als Ursache der einem D. zu Grunde liegenden Missempfindungen konnten jedoch bei keinem unserer stationären Fälle nachgewiesen werden und sind auch in der Literatur bisher nicht als solche beschrieben worden; allerdings wird nur von einem Teil der Autoren ausdrücklich auf das Fehlen entsprechender innerer Erkrankungen hingewiesen.

Schwer zu klären sind die Ursachen des Pruritus, bei dem sich nicht nur keine zu Grunde liegende Hauterkrankung, sondern auch keine der oben angeführten internen Erkrankungen, keine Allergie und keine wesentlichen psychischen Entstehungsmomente auffinden lassen. Dies gilt vor allem für den Pruritus im höheren Lebensalter, den Pruritus senilis bzw. präsenilis. Die Dermatologen neigen dazu, die Ursache des Pruritus senilis in Veränderungen der Haut zu sehen, die beim alternden Menschen stark atrophisch und trocken ist, wodurch, wie man annimmt, abnorme chemische Vorgänge begünstigt werden.

Andererseits ist aber auch an eine zentrale Entstehung des Pruritus zu denken, wie diese gerade im höheren Lebensalter durch Abbauvorgänge

im Zentralnervensystem möglich wäre. Vor allem müssen wir wohl für jene nicht als Jucken oder Kribbeln zu bezeichnende Missempfindungen wie Laufen, Rieseln, Prickeln, Fliessen, wurmförmige Bewegungen und dergleichen das zentrale oder periphere Nervensystem als Entstehungsort annehmen, mag es sich dabei um Paraesthesien oder um Reizhalluzinationen handeln.

So beschrieb unter anderen WARTENBERG zwei Fälle von isoliertem Pruritus nasi bei Hirntumoren, FELDBERG und SHERWOOD weisen allgemein auf das Auftreten von Nasenjucken bei erhöhtem intracraniellen Druck hin. Auch eigene Beobachtungen nach denen bei verschiedenen Patientinnen mit organischen Veränderungen des Zentralnervensystems - es handelte sich vorwiegend um Arteriosklerosen oder in der Ursache nicht geklärte hirnatrophische Prozesse - während bzw. nach einer intravenösen Euphyllin-Injektion regelmässig vorübergehend Missempfindungen in der Nasen-Stirnregion auftraten, die als Jucken, Prickeln oder Kribbeln geschildert wurden, können eventuell so gedeutet werden. Ferner sahen WHITFIELD 1928 und RAVAUT 1937 beim Lichen ruber planus eine dramatische Erleichterung des Juckreizes nach einer Lumbalpunktion. GUTTMANN erwähnt "Juckparaesthesien" und Juckparoxysmen bei Thalamuserkrankungen. Nach seiner Meinung gibt es von Paraesthesien bis zu den Halluzinationen des Hautsinns einen Übergang ohne scharfe Trennung. Auch GAMPER ist bei einem späteren Rückblick auf seine Fälle, im Zusammenhang mit Beobachtungen SCHILDERS und EWALDS, ebenfalls der Ansicht, dass es sich bei diesen um involutive organische Veränderungen, die im Thalamusgebiet lokalisiert sind, handelte. Dafür sprechen nach seiner Meinung die Ausdehnung der Sensationen auf den Gesamtkörper und der aufdringliche, peinlich quälende Gefühlston dieser Missempfindungen, die beide charakteristisch für thalamische Affektionen sind. GUIRAUD äusserte in einer Diskussion über den Fall MALLETTS ebenfalls die Vermutung, dass es sich um eine Veränderung im Thalamusbereich handle. BÜCHLER und SZEPESI beobachteten bei 52 Patienten mit hypophysären Veränderungen in 41 Fällen in den Fingerspitzen und anderen Akren wurmförmige Bewegungen, Jucken und ähnliche Paraesthesien, die mit absolutem Realitätsgefühl einhergingen, so dass mehrere Patienten die operative Entfernung der unter die Haut eingedrungenen Parasiten verlangten.

Im Zusammenhang mit diesen Beobachtungen sind Untersuchungen von FELDBERG und SHERWOOD und anderen Forschern von Interesse.

FELDBERG und SHERWOOD implantierten bei Katzen in einen Seitenventrikel eine Dauerkanüle, durch die sie beim nicht narkotisierten Tier jederzeit Wirkstoffe in die Liquorräume injizieren konnten. Nach der Gabe von Eserin oder Diisopropyl-Fluorophosphat (DFP) kam es dabei regelmässig binnen kurzer Zeit zu heftigen Kratzparoxysmen, die sich mehrfach wiederholten und am Höhepunkt dieses Stadiums während vieler Minuten ununterbrochen anhielten. Die Katzen kratzten sich heftig und häufig am Kopf und im Gesicht, sie wischten mit den Vorderbeinen über das Gesicht und leckten mit grosser Heftigkeit die Vorder- und auch die Hinterbeine, wobei sie oft mit grosser Sorgfalt zwischen den gespreizten Zehen knabberten und leckten. Derartige Kratzanfälle wurden häufig durch eigenartige Bewegungen des Kinns, durch heftiges Kopfschütteln und Zucken mit den Ohren eingeleitet. Ihr äusseres Bild war das von intensivem Jucken oder Irritation, besonders im Gesicht, am Kopf und an den Vorderbeinen. (Dies entspricht der bevorzugten Lokalisation beim Dermatozoenwahn). Bei DFP traten diese Erscheinungen noch stärker auf. Eine Katze kratzte sich derart heftig und mit beiden Vorderbeinen gleichzeitig, dass sie schliesslich das Gleichgewicht verlor und umfiel; sie gab jedoch das Kratzen nicht auf und setzte es auch noch fort, nachdem sie dabei über die Tischplatte heruntergefallen war. Es war absolut unmöglich, diesen Kratzanfall irgendwie zu unterbrechen. Bei geringer Dosierung blieb es bei diesen mehrfachen, allmählich wieder an Häufigkeit und Intensität nachlassenden Kratzanfällen. Bei höherer Dosierung (Eserin 10-100 Gamma, DFP 100-200 Gamma) folgten auf dieses erste Stadium noch zwei weitere, von denen das nächste durch Veränderungen in Haltung, Gang und Bewegungen sowie Reflexsteigerungen, das dritte durch wiederholte absence-artige Bewusstseinsänderungen ("change of awareness") und schliesslich durch eine Art von katatonem Stupor mit *flexibilitas cerea* und vermutlich auch gelegentlichen Halluzinationen gekennzeichnet war; nach sehr hohen Dosen von DFP kam es häufig zusätzlich erst zu ängstlich-agitiertem, zum Teil aggressivem Verhalten und schliesslich zu Myoklonien und vereinzelt zu generalisierten epileptischen Anfällen. In abgeschwächter Form traten alle diese Erscheinungen auch bei der Gabe von Acetylcholin (0,1 - 0,2 Gamma) auf, sodass FELDBERG und SHERWOOD annehmen, dass die Wirkung von Eserin und DFP höchstwahrscheinlich durch deren die Cholinesterase hemmende Fähigkeit und damit also durch eine Anhäufung von Acetylcholin in jener Hirnregion, die an das Ventrikelsystem grenzt, zustande kommt.

Andere Forscher hatten bereits bei früheren Untersuchungen an Katzen beobachtet, dass die Einbringung verschiedener Stoffe in die Liquorräume in Mengen, die peripher noch keine derartige Wirkung haben, zu starkem Jucken bzw. zum Kratzen führenden Hautsensationen führt. (WINIWARTER 1938 und MEHES 1939 Morphin und Abkömmlinge, KOENIGSTEIN 1939 u. a. Morphin, Acetylcholin, Eserin, Coffein, Oleum camphoratum, nach späteren Untersuchungen auch Kalium, KELEN und Mc EACHERN 1949 Natriumfluoracetat). Sie injizierten die verschiedenen Drogen intracisternal, von wo aus diese sich rasch sowohl subarachnoidal als auch im Ventrikelsystem ausbreiten, was bereits 1934 durch HAMPERL und HELLER nachgewiesen worden war.

KOENIGSTEIN versuchte, durch Abtragung von Hirnpartien den Sitz des "Kratzwerks" zu bestimmen. Er fand dabei, dass die Ausschaltung des Zwischenhirns, in etwas geringerem Masse auch die des Grosshirns, einen enthemmenden Einfluss auf das Kratzen ausübt, welches erst nach Durchschneidungen caudalwärts vom corpus restiforme eine allmähliche Abschwächung erfährt.

FELDBERG und SHERWOOD sind der Ansicht, dass bei dem ausgiebigeren Syndrom, das sie beobachteten, eine Einwirkung auch auf das zentrale Höhlengrau des dritten Ventrikels angenommen werden muss.

Dieses durch "central action" der Anticholinesterasen hervorgerufene "Jucken" kann nach ihrer Meinung mit oder ohne Beteiligung der Haut bewirkt werden. Von der Haut kommende Reize, die normalerweise keine solchen Sensationen hervorrufen, könnten dies tun, wenn das zentrale Höhlengrau unter dem Einfluss einer Droge steht. Diese Möglichkeit wurde von WINIWARTER für die Wirkung des Morphins in Betracht gezogen. Bei seinen entsprechenden Versuchen traten die nach der intracisternalen Applikation auftretenden spontanen Kratzanfälle nach Ausschaltung der sensiblen Nerven der Kopfhaut durch Anaesthesie oder Durchtrennung unverändert weiter auf, während die vorher bestehende Möglichkeit, sie durch Berührung des Ohres ("Ohrkratzreflex") auszulösen, danach nicht mehr vorhanden war. Im Gegensatz dazu stellte MEHES bei seinen Versuchen ein Aufhören der Kratzanfälle nach Lähmung der sensiblen Nerven von Kopf und Nacken fest; ausserdem fand er eine nicht völlige Verhinderung, aber starke Abschwächung des Kratzens nach Luminal.

Da FELDBERG und SHERWOOD selbst noch keine Versuche mit Ausschalt-

tung der afferenten Bahnen gemacht haben, und die bisherigen Versuche zu den erwähnten widersprechenden Ergebnissen geführt haben, treffen sie selbst noch keine Entscheidung darüber, ob die Wirkung der Anticholinesterasen abhängig von afferenten Impulsen oder auf zentrale Mechanismen beschränkt ist. Als weitere Möglichkeiten werden unter anderem in Betracht gezogen, dass durch die Einwirkung der Anticholinesterasen auf das zentrale Höhlengrau auf hormonalem oder nervösem Wege Veränderungen in anderen Teilen des Körpers herbeigeführt werden könnten, die ihrerseits wieder zu Jucksensationen führen. Auch die Möglichkeit, dass es sich bei letzteren um taktile Halluzinationen handelt, wird in Betracht gezogen.

Da die verschiedensten Wirkstoffe von den Liquorräumen aus diese anscheinend gleichartigen Hautsensationen hervorrufen, ist anzunehmen, dass dies durch die Auslösung eines gleichartigen, von ihrer jeweiligen spezifischen Wirkung unabhängigen Mechanismus bewirkt wird, dessen Art uns vorläufig noch unbekannt ist. Möglicherweise handelt es sich bei diesem um eine Verschiebung des Ionengleichgewichts im Liquor, die von KOENIGSTEIN 1951 in einer uns leider im Original nicht zugänglichen Veröffentlichung als eine Ursache des "Pruritus" angegeben wird.

Eine mehr oder weniger weitgehende Übereinstimmung mit diesen im Tierversuch beobachteten Erscheinungen -und daher vermutlich auch einem ähnlich gearteten Entstehungsmechanismus- weisen verschiedene Intoxikationspsychosen auf, auf deren ausserordentlich grosse Ähnlichkeit mit dem typischen Krankheitsbild des D. schon von verschiedenen Autoren hingewiesen worden ist (PERRIN, GRØN, EKBOM, HARBAUER, BERS' und CONRAD, FLECK). Dies gilt vor allem für die Kokaindelirien, bei denen die Kranken zahlreiche kleinste Tiere: Würmer, Mikroben etc., in oder unter der Haut sich bewegen fühlen und versuchen, diese herauszukratzen oder herauszuschneiden. Es treten allerdings noch einige andere Symptome hinzu, die dem D. im allgemeinen fehlen: Die Patienten sehen auch massenhaft kleine Lebewesen in der Luft herum-schwirren, sie haben noch andere optische und auch akustische Halluzinationen und sind dabei unruhig und ängstlich. - Des weiteren besteht eine enge Beziehung zum Alkoholdelirium. Auch hier werden, auf Grund von toxischen Reizerscheinungen, massenhaft winzige und bewegliche Dinge halluzinier. "Da diese in der Realität gewöhnlich durch

kleine Tiere wie Mäuse und Insekten vertreten sind, gehören solche denn auch zu den häufigsten Säuerhalluzinationen." (BLEULER) Allerdings ist hierbei vorwiegend das optische Sinnesfeld und erst in zweiter Linie auch das taktile betroffen. Es liegt also "gewissermassen ein optischer Dermatozoenwahn" vor (BERS und CONRAD), wobei allerdings noch ein weiterer Unterschied in der meist vorhandenen Bewusstseinsänderung und der örtlichen und zeitlichen Desorientierung besteht. - Auch bei Delirien nach Abusus von Weckaminen kommt es häufig zum optischen oder somatischen Halluzinieren multipler, winzig kleiner Lebewesen. - Kein D. ist bisher bei der Alkoholhalluzinose beschrieben worden, doch finden sich auch dort öfters ähnlich geartete taktile Halluzinationen, wie z.B. feiner Regen im Gesicht (BONHOEFFER).

Wie in den oben beschriebenen Tierversuchen, so zeigt sich also auch bei den verschiedenen Intoxikationspsychosen ein überraschend übereinstimmendes Bild, sodass man auch hier einen gemeinsamen Ansatzpunkt, in anatomischer oder physiologisch-chemischer Hinsicht, für die Entstehung der multiplen Mikrohalluzinationen annehmen muss. Die Verschiedenheit der betroffenen Sinnesfelder könnte, gewissermassen als spezifische Nebenwirkung, dadurch bedingt sein, dass sich das Erleben des Kranken, je nach Art der Intoxikation, mehr im optischen oder mehr im taktilen Bereich abspielt.

Ausser toxischen Schädigungen des Zentralnervensystems können auch organische Veränderungen desselben dem D. ähnliche Erscheinungen hervorrufen, und zwar nicht nur die bereits weiter oben erwähnten im Zwischenhirn-, vor allem im Thalamusbereich, sondern auch solche, die vorwiegend das Grosshirn betreffen. BUMKE hat ganz allgemein auf das Auftreten eines Ungezieferwahns bei der senilen Demenz hingewiesen, ohne die eventuellen ursächlichen Beziehungen zwischen dem hirnatrophischen Prozess und den Hautmissempfindungen zu diskutieren. Neuerdings berichtete H. E. KEHRER über 40 Fälle von schweren hypochondrischen Zuständen, bei denen 39 mal ein hirnatrophischer Prozess nachgewiesen werden konnte. Dieser war in 16 Fällen durch eine Arteriosklerose bedingt, in einigen anderen Fällen ergaben sich Hinweise auf andersartige Gefässstörungen. Bei allen diesen Patienten bestand eine einheitliche psychiatrische Symptomatologie: "Klagen über seltsame Missempfindungen in Körperorganen (die entweder Paraesthesien ähneln oder als Klopfen, Pulsieren, Strömen, Wellen oder Wallungen angegeben werden), die bei eingehen-

der internistischer Untersuchung einer fassbaren organischen Grundlage entbehren und mit starker Ichbezogenheit zu einem Krankheitssystem ausgebaut werden, das sich bis zum Krankheitswahn steigern kann." Die nahe Verwandtschaft oder sogar Zugehörigkeit vieler Fälle von D. zu dieser Krankheitsgruppe ist offensichtlich. Tatsächlich bestand auch in einem der Fälle ein D., verbunden mit einem "délire d'énormité". Der Patient starb ein Jahr nach der klinischen Beobachtung. Als Ursache des hirnatrophischen Prozesses wurden "Durchblutungsstörungen des Gehirns bei Arteriosklerose" gefunden.

Da bei 11 seiner Fälle der Parietallappen allein und in 15 weiteren Fällen dieser zusammen mit anderen Lappen an der Atrophie beteiligt war, misst KEHRER dieser Lokalisation besondere Bedeutung bei. In Anlehnung an LEMKE, der auf die Beziehungen der "Leibgefühle" zum Thalamus und besonders zum Parietalhirn hingewiesen hat, hält er "eine Störung in der zentralen Vertretung der "Körperfühlsphäre" als Ursache der sensiblen Irritationen für möglich."

Auf jeden Fall geht aus seinen Beobachtungen hervor, dass bestimmte organische Veränderungen des Grosshirns dem D. ähnliche oder gleiche Krankheitsbilder hervorrufen können. Auch bei unserer Patientin Euphrosyne W. konnte ein hirnatrophischer Prozess nachgewiesen werden, desgleichen beim Fall 5 von FRIDERICH. Aber auch bei allen anderen unserer Fälle fanden sich mehr oder weniger ausgeprägte Zeichen einer beginnenden oder schon fortgeschrittenen Demenz. Da aber fast alle Demenzformen ihr anatomisches Substrat in atrophischen Veränderungen der Hirnrinde finden, dürften solche wohl auch bei einem Teil von jenen unserer Fälle bestanden haben, bei denen eine encephalographische Untersuchung nicht möglich war. Es kann aber ein solcher Befund auch einmal in einem Fall fehlen, in dem deutliche Zeichen eines allgemeinen geistigen Abbaus die Diagnose einer -senilen oder andersartig bedingten- Demenz ohne weiteres erlauben. Es kann eine Schädigung des Gehirns, die über längere Zeit bestehen, also chronisch sein muss, bis es zur Ausbildung einer Hirnatrophie kommt, bereits zu psychischen Erscheinungen führen, ehe die Hirnatrophie encephalographisch sicher nachweisbar ist. Es können also, um es kurz zusammenzufassen, die psychischen Erscheinungen entweder schon durch den schliesslich zur Hirnatrophie führenden Krankheitsprozess selbst oder aber erst durch die nach längerer Dauer desselben auftretende Hirnatrophie bedingt sein.

anstelle der gewissen Eintönigkeit des psychischen Bildes beim hirnatrophischen Prozess im Senium, bei dem eine amnestische Demenz im Vordergrund steht, finden sich wesentlich vieldeutigere psychopathologische Erscheinungsbilder beim hirnatrophischen Prozess im mittleren Lebensalter (BRONISCH). Das feinste Symptom einer chronischen Persönlichkeitsveränderung, nämlich die Zuspitzung bereits angelegter Züge, spielt eine wesentliche Rolle. Weiter ist typisch die mangelnde Progredienz des Prozesses, sein oft sehr langes Stationärbleiben -abgesehen von gelegentlichen akuten Exacerbationen- nachdem er einmal zur vollen Ausbildung der anatomischen und psychischen Veränderungen geführt hat.

Der typische Verlauf eines chronischen Dermatozooenwahns zeigt hierzu gewisse Parallelen: Nachdem das sehr dürftige "Wahnsystem" nach kurzer oder längerer Zeit einmal ausgebildet ist, wird es meist über lange Zeitabschnitte, oft über viele Jahre hinweg, völlig unverändert beibehalten. Es ist daher wohl möglich, dass die von vielen als hirnorganisch angenommene Grundlage des Dermatozooenwahns (oder wenigstens der meisten Fälle dieses Krankheitsbildes) in einem typischen oder in einem solchen "atypischen" hirnatrophischen Prozess besteht.

Ein hirnatrophischer Prozess als Befund und möglicherweise auslösende Ursache ist in letzter Zeit bei verschiedenen psychischen Krankheitsbildern festgestellt worden, worüber BAUMER erst kürzlich in einem Übersichtsreferat berichtet hat, so unter anderem auch bei einer Anzahl von Fällen von Schizophrenie (HUBER). Auf jeden Fall scheint es auch beim D. angezeigt, wo immer der Kranke damit einverstanden ist, eine encephalographische Untersuchung zur Abklärung durchzuführen, wenigstens in jenen Fällen, deren Ursache unbestimmt ist, oder in denen bestimmte psychische und neurologische Symptome an eine mögliche hirnorganische Ursache denken lassen.

Wenn wir die in den letzten Abschnitten geschilderten Erscheinungen noch einmal zusammenfassend betrachten, ergibt sich, dass vom Zentralnervensystem ausgehend Missempfindungen in Form eines "zentralen Pruritus" oder in der Art von Kribbeln, Prickeln, Rieseln usw., die den beim D. geschilderten mehr oder weniger entsprechen, entstehen können. Und zwar ist dies möglich entweder durch toxische Einwirkungen auf das Zentralnervensystem -sei es auf dem Blutweg bei Stoffwechselstörungen oder Intoxikationspsychosen, sei es im Tierversuch von den Liquorräumen aus- oder durch strukturelle Veränderungen des Zentral-

nervensystem, bzw. auch solche seiner Umgebung, die dann mittelbar zu seiner Schädigung führen können. Was die Lokalisation anbelangt, so scheint einerseits der Thalamus, andererseits die Grosshirnrinde, besonders der Parietallappen, in Frage zu kommen. Bei derartigen Störungen kann es übrigens nicht nur zu den geschilderten Missempfindungen allein, sondern auch zu psychotischen Krankheitsbildern kommen, die mit dem D. in vielen Zügen übereinstimmen oder ihm sogar völlig gleichen können.

BERS und CONRAD vertreten deshalb die Auffassung, dass dem D. in jedem Fall primär cerebralorganische Veränderungen zu Grunde liegen, deren Natur vorläufig noch unbekannt ist. Sie betrachten ihn als ein Syndrom, das sie in die Reihe der exogenen Reaktionsformen BONHOEFFERS einordnen, und das seinen Platz in der Nähe der sogenannten chronischen Halluzinosen hat, die man bei Alkoholikern, bei der Lues, bei der maliariabehandelten Paralyse und im Senium findet. BENEDETTI hat erst vor kurzem eine eingehende Untersuchung über die Alkoholhalluzinose angestellt und dabei festgestellt, dass, im Gegensatz zu früheren Annahmen, nur ein Teil der Fälle sich in Richtung auf einen schizophrenen Prozess entwickelt, während sich in der Hälfte der Fälle eine organische Demenz ausbildet.

BERS und CONRAD sind deshalb dafür, die Bezeichnung "Dermatozoenwahn" fallen zu lassen und durch "chronische taktile Halluzinose" zu ersetzen. Dagegen lassen sich jedoch einige Einwände vorbringen.

Wie weiter oben ausgeführt wurde, kann ein D. aus den verschiedensten Ursachen entstehen, z.B. als Erklärungswahn bei Hautjucken oder Paraesthesien verschiedener Herkunft oder psychogen, auf Grund bestimmter Komplexe oder der äusseren Situation.

Des weiteren gibt es auch Fälle, in denen ein D. so rasch spontan wieder abklingt, dass man nicht von einem chronischen Krankheitsbild sprechen kann.

Schliesslich erhebt sich die Frage, ob es sich auch bei jenen Missempfindungen, die im Zentralnervensystem ihren Ursprung haben, immer um Halluzinationen handelt, oder ob sie nicht in bestimmten Fällen als Paraesthesien anzusprechen sind, oder, in anderen Fällen, gewöhnliche Hautreize verstärkt bzw. verändert wahrgenommen und als quälend empfunden werden, wie beides z.B. bei Thalamuserkrankungen der Fall sein kann.

Je mehr allerdings in der Schilderung des Patienten typische Hautempfindungen wie Jucken und dergleichen zurücktreten, und je mehr dagegen die Beschreibung der zahllosen, winzig kleinen, evtl. lebhaft bewegten Lebewesen, die gelegentlich auch optisch in gleicher Weise "wahrgenommen" werden, im Vordergrund steht, umso eher ist anzunehmen, dass es sich um Halluzinationen bei cerebralen Reizerscheinungen handelt, und der Fall damit als chronische taktile Halluzinose im Sinne von BERS und CONRAD anzusprechen ist. Umgekehrt spricht die eingehende Beschreibung üblicher Hautmissempfindungen, die von den Patienten nur als durch Parasiten verursacht gedeutet werden, und die von den Patienten auch dann noch in der selben Form beschrieben werden, wenn diese den Wahn als solchen zu dissimulieren versuchen, eher für einen Erklärungswahn bei realen Hautmissempfindungen verschiedenartiger Genese, - obwohl man natürlich bei einem vielerlei Reizen ständig ausgesetzten Sinnesorgan, wie es die Haut ist, nie scharf und mit Sicherheit zwischen realen Empfindungen, Überbewertung und eventuell illusionärer Verkenntung sonst unbeachteter Reize bei Änderung der seelischen Einstellung und echten Halluzinationen wird unterscheiden können.

Ähnliches gilt für die häufig ebenfalls vorkommenden optischen Trugwahrnehmungen. Wenn, üblicherweise, die Patienten in allerlei Gebilden wie Schuppen, Krusten, Härchen, Schmutzpartikelchen usw. die Parasiten, die sie für ihre Beschwerden verantwortlich machen, zu erkennen glauben, dann dürfte es sich dabei mit grosser Wahrscheinlichkeit um illusionäre Umdeutungen handeln (BERS und CONRAD und andere). Mit schlechter Sehschärfe haben diese übrigens nichts zu tun, worauf von verschiedenen Autoren hingewiesen wurde (u.a. EKBOM, BERS und CONRAD). DÖHRING und BÖTTCHER berichten sogar von einigen schwachsichtigen Personen, die einen Pruritus zunächst als parasitär bedingt gedeutet hatten, die aber diese Ansicht sofort aufgaben, als man ihnen erklärte, dass von Parasiten oder deren Spuren auch bei sorgfältiger Untersuchung nichts zu sehen sei. Bei ihnen hatte also kein unkorrigierbarer Dermatozoenwahn, sondern nur die entsprechende irr tümliche Auffassung bestanden, die sie aufgrund ihrer Sehschwäche von selbst nicht zu berichtigen vermocht hatten. - In seltenen Fällen sieht jedoch der Patient, ähnlich dem Alkoholdeliranten, auch zahlreiche winzige bewegte Dinge herumhuschen, -springen oder -schwirren, denen keine realen Gebilde zugrunde liegen. Hier handelt es sich vermutlich um Halluzinationen, die, wie die taktilen, auf cerebrale Reizerscheinungen zurückgehen, oder even-

tuell auch als sogenannte "Reflexhalluzinationen", die auf taktile Halluzinationen hin auch in anderen Sinnesgebieten auftreten, zu deuten sein können.

Da es sich also um eine Erkrankung handelt, die weder stets chronisch, noch in jedem Fall eine Halluzinose ist, sondern aus verschiedenen psychischen und somatischen Störungen entspringen kann, erscheint die Bezeichnung "chronische taktile Halluzinose" etwas zu einschränkend. Es scheint deshalb angezeigt, den Namen Dermatozoenwahn beizubehalten und darunter nicht eine Krankheitseinheit, sondern ein Syndrom zu verstehen, das, nach HARBAUER, überall dort entstehen kann, wo sich Hautsensationen mit einer chronisch oder episodisch veränderten Persönlichkeit verbinden.

Es sind dabei nicht beliebige, sondern bestimmte, wenn auch heterogen entstandene, Persönlichkeitsveränderungen, die, zusammen mit bestimmten Charakterzügen, beim D. immer wieder, in verschieden starker Ausprägung und Mischung, angetroffen werden, und denen daher entscheidende pathogenetische oder wenigstens pathoplastische Bedeutung zukommen dürfte.

So findet man regelmässig eine Einengung der Interessen, eine Beschränkung des Denkens, das in vielen Fällen nur noch um die eigene Person, um den eigenen Körper und dessen Wohlergehen kreist, und die Erschwerung oder sogar Unfähigkeit, sich auf andere Denkinhalte umzustellen. Derartige Krankheitserscheinungen können z.B. verursacht sein durch die Einfallsarmut bei einer Depression oder, häufiger, durch cerebraloorganische Veränderungen, welche einerseits zur Überspitzung bereits vorher vorhandener entsprechender Charakterzüge, andererseits zu einer Erstarrung und Verarmung des Denkens überhaupt bis zur ausgeprägten Demenz führen können. Die Überbewertung der eigenen Person kann auch einmal durch einen manischen Einschlag begünstigt werden. Schliesslich bewirkt auch eine, gerade bei älteren Patienten so häufige, Vereinsamung (mehrere unserer Patienten hatten seit längerer Zeit oder erst kurz vor Beginn der Erkrankung den Lebensgefährten verloren oder waren aus ihrer vertrauten Umgebung gerissen worden) eine verstärkte Hinwendung zum eigenen Ich, eine Verarmung an Interessen und einen Mangel an Anregung und Ablenkung durch von aussen herangetragene neue Gedanken.

Des weiteren ist häufig eine mehr oder weniger ausgeprägte Urteilsschwä-

che, die sehr häufig auf einer Demenz, nicht selten aber auch auf einer angeborenen Minderbegabung (oder einer Mischung aus beiden) beruht. Es finden sich hier alle Übergangsstufen bis zu jenen rechtbaberischen, beschränkten "Gesunden", denen mit logischen Erklärungen nicht beizukommen ist, weil sich ihr Denken ausserhalb logischer Geleise abspielt. Intelligenzmängel, vor allem die verschiedenen Demenzformen, sind zudem häufig auch mit einer gesteigerten Suggestibilität gepaart, die nicht nur beim induzierten D. eine wichtige Rolle spielt, sondern ganz allgemein das Auftreten oder Fortbestehen eines Pruritus begünstigt.

Die Rastlosigkeit und Unermüdlichkeit in der Bekämpfung des vermeintlichen Ungeziefers kann ihre Wurzeln einmal in der oft beobachteten quälenden Aufdringlichkeit der Beschwerden haben. Häufig scheinen sie jedoch eher aus einem gesteigerten Betätigungsdrang zu entstehen, der entweder einer hypomanischen Charakteranlage oder Verstimmung entspringen oder mehr der "Beschäftigungsunruhe" Seniler gleichen kann und dann auf cerebralorganischen Veränderungen beruht.

Wenn man die hier aufgezählten, immer wieder beobachteten einzelnen Krankheitszüge und die sie jeweils auslösenden Ursachen nochmals zusammenfassend betrachtet, stellt man fest, dass die letzteren sich im wesentlichen auf organische Erkrankungen des Zentralnervensystems oder, seltener, auf dem manisch-depressiven Irresein nahestehende oder mit ihm identische Verstimmungen beschränken. Die cerebralorganischen Veränderungen können, wie erwähnt, in manchen Fällen auch gleichzeitig die Ursache der Missempfindungen sein (wobei dann also diese und ihre wahnhafte Deutung aus der selben Quelle stammen), sie können aber auch nur die Grundlage für die wahnhafte Verarbeitung aus anderer Quelle stammender Missempfindungen liefern. Auch die oben genannten Verstimmungen dürften hauptsächlich als Ursache der wahnhaften Deutung der Missempfindungen in Frage kommen, obwohl hervorgehoben werden muss, dass eine Depression das Auftreten eines Pruritus zu begünstigen scheint, worauf unter anderen SACK hinweist, der eine Depression als "konstitutionellen Ermüdungszustand" betrachtet, in dem, durch die Herabsetzung der Aufnahmefähigkeit für äussere Eindrücke, sonst übersehene Hautempfindungen überbewertet werden. Auf jeden Fall besteht aber, auch beim selben Patienten, keine gesetzmässige Bindung zwischen Juckreiz und Depression, wie der Fall von HARBAUER zeigt, bei dem eine spätere erneute depressive Phase ohne Derm-

atozoenwahn verlief, da "der Patientin dabei die Anregung in Form eines tatsächlichen Hautjuckens fehlte". Typische schwere Melancholien kommen wohl kaum vor, da die ausgeprägte psychomotorische Hemmung die rastlose Betriebsamkeit, die bei der Bekämpfung des Ungeziefers entwickelt wird, verhindern würde. Es handelt sich daher also entweder um leichte Formen oder häufiger um Mischzustände. So nahm SCHWARZ für seine Fälle den Umschlag einer subdepressiven Verstimmung in eine leichte Manie an, wobei die missmutige Grundstimmung und die Gedankenarmut in gewissem Masse noch beibehalten, die Hemmung jedoch durch eine Antriebssteigerung abgelöst wurde. - Entsprechend dem relativ hohen Durchschnittsalter der Patienten nehmen unter den Verstimmungen die Involutionmelancholien einen grossen Raum ein, die durch ihre Unruhe und den oft schleppenden Verlauf gekennzeichnet sind. Schliesslich können Verstimmungen noch aus verschiedenen anderen, psychischen oder körperlichen, Ursachen entstehen; es handelt sich bei ihnen "um eine Schaltung der Lebensvorgänge, die von den verschiedensten Noxen ausgelöst werden kann" (BLEULER). Speziell bei den präsenilen Psychosen vermischt sich oft organisches und endogenes so, dass es unmöglich werden kann, zu entscheiden, ob z. B. ein cerebraler Prozess eine latente endogene Krankheit aktiviert hat, oder ob es sich um eine rein organische Psychose handelt, deren Symptomatologie der endogenen, in diesem Falle einer meist depressiven Verstimmung, ähnlich ist.

Es spielen also bei der Entstehung eines Dermatozoenwahnes auch im Einzelfalle wohl meist mehrere Faktoren zusammen.

Die Möglichkeiten einer psychogenen Entstehung auf Grund bestimmter Komplexe oder der äusseren Situation wurden bereits weiter oben ausführlich geschildert.

Nun noch einige Betrachtungen, die sich mit dem so offensichtlichen zahlenmässigen Überwiegen der weiblichen Patienten über die männlichen Patienten befassen. Verschiedene Autoren, u. a. EKBOM und BERS und CONRAD, haben vermutet, dass endokrine Störungen hierbei eine Rolle spielen. Meist tritt die Erkrankung ja kurz nach dem Klimakterium, gelegentlich auch im Zusammenhang mit diesem, auf. GUTTMANN nennt die Sexualhormone unter jenen Stoffen, die das Auftreten eines Pruritus und ähnlicher Missempfindungen teils begünstigen, teils hemmen können, sodass durch die hormonelle Umstellung im Klimakterium die Auslösung oder Verstärkung eines Pruritus wohl denkbar wäre. - Doch

scheinen, neben endokrinen Störungen, auch psychologische Gründe für das auffallende Überwiegen der Frauen massgebend zu sein. Auf die ausgesprochene Dürftigkeit des Wahnsystems - soweit man überhaupt von einem solchen sprechen kann - wird von den meisten Autoren hingewiesen: Die Kranken versuchen, Missempfindungen der Haut durch das Vorhandensein bestimmter Parasiten zu erklären. Art und Name dieser Parasiten werden, zum Teil nach gewissen Ähnlichkeiten der Symptome, zum Teil aber auch ziemlich willkürlich, festgelegt; gar nicht einmal immer werden Überlegungen über die mögliche Herkunft der Parasiten angestellt. Alle weiteren Erwägungen dienen nur noch den Möglichkeiten ihrer Bekämpfung.

Diese rastlose Bekämpfung der vermeintlichen Ursache der Beschwerden anstelle komplizierter Ausdeutungsversuche ist das eigentlich Kennzeichnende des Krankheitsbildes: Es findet sich "mehr praktisches Handeln als Theoretisieren", kein "philosophisches Ausspinnen" (EKBOM). Dies ist typisch für die weibliche Psyche. Zudem spielt die Sauberkeit und Säuberung im Leben und Denken der Frau, zumal der Hausfrau, eine ganz zentrale Rolle. Der Gedanke, einem Übel mit Wasser und Seife und, wenn das nicht hilft, mit stärkeren Mitteln, zu Leibe zu rücken, ist bei ihr relativ naheliegend und natürlich, und es genügt daher unter Umständen eine nur mässige Persönlichkeitsveränderung, die im Sinne einer Einengung und Beschränkung des Denkens wirkt, um bei entsprechenden Voraussetzungen einen Dermatozoenwahn hervorzurufen, - Dem entspricht auch die Beobachtung, die von DÖHRING und BÖTTCHER bestätigt wird, dass im Gegensatz dazu bei den Männern häufig schwerere psychische Veränderungen und auch atypische Verläufe zu finden sind. Dies trifft im wesentlichen auch für die von uns angeführten Fälle zu: Die Patienten wiesen zum Teil schwere psychopathische Züge auf; neben dem Dermatozoenwahn bestanden auch noch andere neurotische oder psychotische Erscheinungen. Zumeist gehörten aber auch sie Berufen an, in denen die Ansteckung mit Parasiten durchaus möglich und nicht abwegig wäre (Landwirte, Viehhändler); der einzige, der hierin eine Ausnahme bildete, ein Journalist, litt an einer ganz massiven Psychose, die mit dem "üblichen" Dermatozoenwahn nur den Wahnhalt gemeinsam hatte.

Auf eine simple Formel gebracht, heisst das, dass die Persönlichkeitsveränderungen, die einen Dermatozoenwahn bewirken, umso schwerer sein müssen, je weniger der Wahnhalt und die Massnahmen gegen die

"Parasiten" mit dem Alltagsleben des Patienten und seiner Umwelt und Ideenwelt zu tun haben. (Doch lässt sich dieser Satz keineswegs umkehren).

Die Prognose des Dermatozoenwahns ist abhängig vom jeweiligen Grundleiden: Eine depressive Phase wird mit ihrem Abklingen auch den Dermatozoenwahn zum Erlöschen bringen; nach Lösung eines Konfliktes können die Neurose und der durch sie bedingte Dermatozoenwahn verschwinden. Da diesem aber am häufigsten irreversible cerebraloorganische Veränderungen zugrunde zu liegen scheinen, wird der Verlauf ebenso häufig ein chronischer und unheilbarer sein.

Möglichkeiten und Erfolg einer Therapie hängen natürlich ebenfalls von der Grundkrankheit ab. Eine Elektroschockbehandlung scheint bisweilen Erfolg zu haben, so z.B. bei HARBAUERs Fällen, denen eine endogene Depression zugrunde lag; BERS und CONRAD berichteten über nur vorübergehende Besserungen, bei unserer Patientin Euphrosyne W. war sie ohne Wirkung. - Eine psychotherapeutische Behandlung hat nur dann Aussicht auf Erfolg, wenn psychogene Faktoren am Aufbau des Krankheitsbildes wirklich massgebend beteiligt sind. - Zeitweilige Erleichterung bringen juckreizlindernde Mittel (u.a. GRØN, EKBOM, BERS und CONRAD), ebenso wäre natürlich ein Heilerfolg möglich, wenn es gelänge, die zugrunde liegenden Missempfindungen bei bekannter Ursache durch deren Behandlung auszuschalten. - Eine leichte Besserung wird manchmal durch Opium erzielt (SCHWARZ, STRANDBERG, EKBOM), die Missempfindungen werden dann als weniger aufdringlich empfunden. Das selbe wäre von einer Behandlung mit Chlorpromazin zu erwarten, grössere Erfahrungen darüber fehlen einstweilen noch. - Zu denken wäre aber vielleicht auch einmal, in entsprechend gelagerten Fällen, an die Möglichkeit einer Therapie von den Liquorräumen aus. Ausgehend von den Ergebnissen seiner zusammen mit FELDBERG durchgeführten Versuche, nach denen die intraventrikuläre Injektion verschiedener Cholinesterase-Inhibitoren bei Katzen zunächst heftige Juckanfälle, dann katatone Erscheinungsbilder hervorruft, behandelte SHERWOOD katatone Stuporen durch intraventrikuläre Gaben von Cholinesterase, wobei es ihm gelang, sie zu durchbrechen. Da beide Autoren auch die Entstehung der Juckanfälle mit der Anhäufung von Acetylcholin im zentralen Höhlengrau erklären, könnte auch in diesem Fall die Verabreichung von Cholinesterase vielleicht wirkungsvoll sein. Da ferner, nach KOENIGSTEIN, auch Kationenverschiebungen im Liquor einen Pruritus auslösen, müsste

es wenigstens theoretisch möglich sein, durch Änderung des Ionengewichtes im umgekehrten Sinn ein Verschwinden des Pruritus zu erreichen. Anstelle der komplizierteren Ventrikelfunktion wäre auch die intracisternale Verabreichung möglich, da sich, nach HAMPERL und HELLER, dort eingeführte Stoffe rasch über sämtliche Liquorräume verteilen.

ZUSAMMENFASSUNG

An Hand von 6 eigenen Fällen, von 18 Fällen, die im Ambulatorium der Münchner Dermatologischen Klinik beobachtet wurden, und einer Übersicht über die in der Literatur auffindbaren Fälle wird das Krankheitsbild des Dermatozoenwahns (EKBOM) besprochen, das darin besteht, dass die Patienten -meist Frauen jenseits von 50 Jahren- Missempfindungen der Haut wahnhaft als Folge eines Befalls mit Parasiten deuten.

Es handelt sich dabei um keine Krankheitseinheit, sondern um ein Syndrom, das überall dort entstehen kann, wo sich Hautsensationen mit einer chronisch oder episodisch veränderten Persönlichkeit verbinden (HARBAUER). Dabei können beide, Hautsensation und Persönlichkeitsänderung, der selben Störung entspringen, es können aber auch die Persönlichkeitsveränderungen nur die Ursache der wahnhaften Deutung anderweitig entstandener Hautmissempfindungen sein. Besonders wird die Möglichkeit der "zentralen" Entstehung eines Pruritus und ähnlicher Missempfindungen hervorgehoben und auf Erscheinungen bei verschiedenen Intoxikationen und strukturellen Veränderungen des Zentralnervensystems hingewiesen, die dem Dermatozoenwahn sehr ähnlich sind oder mit ihm identisch sein können.

Wenn auch ein Dermatozoenwahn im Rahmen einer Neurose oder einer endogenen Psychose (meist einer Involutionmelancholie, in seltenen, meist atypischen, Fällen auch einer Schizophrenie) auftreten kann, so dürfte seine Entstehung aufgrund cerebrallorganischer Veränderungen doch bei weitem am häufigsten sein. Dabei scheinen hirnatrophische Prozesse eine besondere Rolle zu spielen. Meist findet sich wohl, wie häufig bei psychischen Störungen im Rückbildungsalter, ein Zusammenwirken reaktiver, endogen-psychotischer und organischer Züge.

Die Prognose und die Möglichkeit einer Therapie hängen vom Grundleiden ab. Da dieses bei der Mehrzahl der Fälle in regressiven Veränderungen des Zentralnervensystems besteht, wird der Verlauf zumeist ein chronischer und die Möglichkeit einer Therapie beschränkt sein.

LITERATUR

- Baumer, L. Die Behandlung des Juckreizes, insbesondere beim "Dermatozoenwahn", mit Elektroschock, *Hautarzt* 2 (1951) 131
- Ders. Neuere Erkenntnisse auf dem Gebiet der Hirnatrophie. *M. M. W.* 98 (1956) 29
- Benedetti, G. Die Alkoholhalluzinose, Stuttgart 1952
- Bers, N. u. Conrad, K. Die chronische taktile Halluzinose *Fortschr. Neur.* 22, (1954) 254-270
- Bleuler, E. Lehrbuch der Psychiatrie, 8. Aufl., umgearbeitet von M. Bleuler, Berlin 1949
- Bleuler, M. Die spätschizophrenen Krankheitsbilder *Fortschr. Neurol.* 15 (1943) 295
- Bonhoeffer, K. Die exogenen Reaktionstypen *Arch. f. Psych.* 58 (1917) 58
- Borelli, S. Die Psychosomatik der Hauterkrankungen *Med. Klinik* 45 (1954) 1806-1811
- Broadbent, J. L. zit. nach Feldberg u. Sherwood
- Bronisch, F. W. Hirnatrophische Prozesse im mittleren Lebensalter, - Stuttgart 1951
- Buechler, P. u. J. Szepesi- Zur Genese der haptischen Halluzinationen *Arch. f. Psych.* 107 (1938) 651
- Bumke, O. Lehrbuch der Psychiatrie, 7. Aufl., München 1948
- Conrad, K. Zum Problem der chronischen taktilen Halluzinose. *Arch. f. Psych.* 193 (1955) 601

- Döhring, E. u. Böttcher, W. - Ungeziefer- und doch kein Ungeziefer.
Schädlingsbekämpfung 44 (1952) 8
- Döhring, E. Menschen mit Ungezieferwahn
Berliner Gesundheitsblatt 3, Heft 9
- Ekbom, K. Der präsente Dermatozoenwahn
Acta Psych. et Neur. 13 (1938) 227
- Eller, J. J. Neurogenic and psychogenic disorders of the skin
Medical Journ. and Record 129 (1929) 481
- Ewald, G. zit. nach Gamper
- Feldberg, W. u. Sherwood, S. L. Behaviour of cats after intraventricular injections
of eserine and DFP.
J. of Physiol. 125 (1954) 488
- Fleck, U. Bemerkungen zur chronischen taktilen Halluzinose
Arch. f. Psych. 193 (1955)
- Friderich, H. Parasitophobie
Dermat. Wschr. 125 (1952) 511
- Gamper, E. Jb. Psych. 1921:40
- Ders. Die Stellung des Zwischenhirns im psychozere-
bralen Apparat
Med. Klin. 27 (1931) 41
- Gron, K. Les dermatophobies. Zit. nach Ekbom
- Guiraud zit. nach Bers u. Conrad
- Guttman, E. Haut und Nervensystem
Heb. f. Haut- u. Geschlechtskrankheiten,
herausgeg. v. J. Jadassohn, Berlin 1933
- Haller, W. v. Inaugural-Dissertation: "Die Bedeutung der
Abhängigkeit bei der psych. Induktion, 1950
- Hamperl, H. u. Heller, H. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 174 (1934) 517

- Harbauer, H. Das Syndrom des "Dermatozoenwahns" (Ekbohm)
Nervenarzt 20 (1949) 254-258
- Huber, G. Zur Frage der mit Hirnatrophie einhergehenden
Schizophrenie
Arch. Psych. 190 (1953) 429
- Kaposi zit. nach Marchionini
- Kehrer, Hans E. Zur "Anatomie" hypochondrischer Zustände
Arch. f. Psych. 190 (1953) 449
- Kelen u. McEachern zit. nach Feldberg u. Sherwood
- Klauder, J. zit. nach Ekbohm
- Koenigstein, H. Über Lokalisationsversuche des durch Morphinum
ausgelösten "Kratzwerks" im ZNS.
Arch. int. Pharmacodyn. 62 (1939) 1
- Ders. 1948 und 1951, zit. n. Feldberg u. Sherwood
- Kretschmer, E. Körperbau und Charakter 20. Aufl. 1951
- Lemke, L. R. zit. nach H. E. Kehrer
- Macnamara, E. D. A note on cutaneous and visual hallucinations
in the chronic hallucinatory psychosis
Lancet 214, 16 (1928) 807
- Mallet, R. u. Male, P. Délire cénesthésique.
Annales médico-psychologiques 88 (2) (1930) 198
- Marchionini, A. Beziehungen der Dermatologie zur Neurologie
und Psychiatrie.
Fortschr. Neur. 9 (1937) 177
- Mehes, J. Experimentelle Untersuchungen über Juckreflexe
am Tier
Arch. exp. Path. Pharmac. 188 (1938) 650-656
- Mikorey, M. Klinische Vorlesungen
- Myersen 1921. zit. nach Bers u. Conrad
- Perrin, L. Les nevrodermies parasitophobiques
Ann. de dermat. et de syphiligraphie 3serie, t. VII
(1896) 129

- Raecke, E. Über Hypochondrie
Allg. Ztschr. f. Psych. 59 (1902) 390
- Ravaut zit. nach Feldberg u. Sherwood
- Rein, H. Physiologie des Menschen, 7. Aufl., Berlin 1943
- Sack, W. Th. Zur Kasuistik und Problematik psychogener
Dermatosen
Nervenarzt 2 (1929) 86
- Ders. Psyche und Haut
Handb. d. Dermatologie, Berlin 1933
- Schachter, M. Release of histamine from skin by neoarsphenamine and bile salts
J. Physiol. 116 (1952) 10 P
- Schaltenbrand, G. zit. nach Borelli
- Schilder, P. zit. nach Gamper
- Schönfeld, W. Lehrbuch der Haut- u. Geschlechtskrankheiten
5. Auflage, 1949
- Schwarz, Hanns Zirkumskripte Hypochondrien
Monatsschrift f. Psych. 72 (1929) 150
- Sherwood, S. L. Intraventricular medication in catatonic stupor
Brain, 75 (1952) 68-75
- Stern, E. zit. nach Borelli
- Strandberg, J. zit. nach Ekblom
- Thiebierge, G. Revue generale de clin. et de therap. 32 (1894) 373
- Tuchel, J. Wahnhafter Ungezieferbefall und psychische
Induktion
Psychiatr. Neur. u. med. Psychol 6 (1954) 220
- Wartenberg Pruritus nasi bei Hirntumoren
Kl. Wschr. 1932, 461
- Weidner, H. Beiträge zur Kasuistik des Ungezieferwahns
M. M. W. 1936, II, 1920

- Whitfield zit. nach Feldberg u. Sherwood
- Wilhelmi, J. Ungezieferwahn
Med. Welt 1935, 351
- Wilson, J. W. and Miller, H. E.
Delusion of Parasitosis (Acarophobia)
Arch. of Dermat. and Syph. 54 (1946) 39
zit. nach Wilson
- Wilson, J. W. Delusion of Parasitosis (Acarophobia)
Further observations in clinical practice
Arch. of Derm. and Syph. 66 (1952) 577
- Winiwarter, F. Über die pharmakologische Analyse des
"Ohrkratzreflexes"
Arch. int. Pharmacodyn. (1939) 62, 42
- Wittkower, E. zit. nach Borelli

Lebenslauf

Ich, Gertrud Steinbauer, wurde am 25. März 1924 als Tochter des damaligen Hauptmanns, späteren Generalleutnants Gerhard Steinbauer und seiner Frau Pauline, geb. Giessel, in Würzburg geboren.

Nach vorübergehendem Aufenthalt in Nürnberg und Jüterbog bei Berlin kam ich nach München, wo ich vier Jahre die Volksschule und acht Jahre die Oberschule besuchte und im Frühjahr 1942 an der Oberschule für Mädchen an der Tengstrasse das Abitur ablegte.

Nach der Ableistung von Arbeitsdienst und Krankenpflagedienst immatrikulierte ich mich im Sommersemester 1943 an der Universität München und setzte mein Medizinstudium an der Universität Graz und nach dem Krieg wieder an der Universität München fort, wo ich 1947 das Physikum und 1951 das medizinische Staatsexamen ablegte.

Nach meiner Pflichtassistentenzeit an der Universitäts-Nervenlinik München (Direktor Prof. Dr. Stertz) arbeitete ich ein Jahr als Gastärztin an der Psychiatrischen Universitätsklinik Waldau in Bern und ein halbes Jahr als Hausärztin im Sanatorium für Nervenranke Schloss Knonau, Kt. Zürich (Direktor beide Male Prof. Dr. Klaesi) und ein Jahr an der II. Medizinischen Klinik in München (Direktor Prof. Dr. Dr. Bodechtel). Zur Zeit setzte ich an der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der Universität Heidelberg (Direktor Prof. Dr. von Baeyer) meine Fachausbildung in Psychiatrie fort.

